



**Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina**  
**Instituto de Formação Avançada**

**- Dinâmica na Família do Doente Toxicodependente -**

Características, convergências e divergências em relação à dinâmica familiar de indivíduos  
não consumidores de substâncias psicoactivas ilícitas

Dissertação original para a obtenção do grau de Mestre em  
Comportamentos de Dependência e seus Tratamentos

Dissertação Orientada pela Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup>  
Doutora Maria Luísa Branco Vicente

Jorge Miguel Nunes Cravidão

Lisboa  
2007





**Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina**  
**Instituto de Formação Avançada**

**- Dinâmica na Família do Doente Toxicodependente -**

Características, convergências e divergências em relação à dinâmica familiar de indivíduos  
não consumidores de substâncias psicoactivas ilícitas

Dissertação original para a obtenção em grau de Mestre em  
Comportamentos de Dependência e seus Tratamentos

Eu, Jorge Miguel Nunes Cravidão, responsabilizo-me  
inteiramente pelos conteúdos apresentados nesta  
dissertação e excluo qualquer responsabilidade da  
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Dissertação Orientada pela Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup>  
Doutora Maria Luísa Branco Vicente

Jorge Miguel Nunes Cravidão

Lisboa  
2007

**A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em reunião de 18 de Março de 2008**

Aos meus pais,

Pela vida!

Aos meus amigos,

Pelo apoio!

*“Não é por as coisas serem difíceis que nós não ousamos  
mas é porque não ousamos que elas são difíceis”.*

**Sêneca**

## **AGRADECIMENTOS**

Muitos foram os que me acompanharam e contribuíram para a concretização deste trabalho. O meu agradecimento à Professora Doutora Maria Luísa Vicente, por toda a disponibilidade, atenção e dedicação na orientação deste estudo; ao Professor Doutor Fernando Nogueira Dias pela disponibilidade e partilha de conhecimentos; ao Dr. Rui Neves, pela disponibilidade na articulação com o Instituto de Emprego e Formação Profissional para aplicação dos instrumentos de pesquisa; ao Dr. Miguel Esteves, pela amizade e disponibilidade para discussão do estudo e articulação com a comunidade terapêutica Ares do Pinhal; a todas as Pessoas que colaboraram no estudo e finalmente à minha colega de mestrado Dr.<sup>a</sup> Ana Rita Cruz, pelo apoio, disponibilidade e incentivo nos momentos mais difíceis.

## RESUMO

A ideia de que a toxicodependência é uma doença complexa, que necessita de uma abordagem integral e sistémica das suas componentes preventivas e terapêuticas é, actualmente, consensual. Nesta perspectiva a família adquire, entre outros factores, uma grande importância, dado ser este meio social o ponto de partida para a construção das bases da educação, da formação da personalidade e das relações do indivíduo com o seu exterior.

É neste sentido, de investigar as características da dinâmica familiar relevantes no consumo de drogas, que optámos pela aplicação de um método quantitativo de abordagem hipotético-dedutivo e um método comparativo para comparar algumas variáveis da dinâmica familiar entre doentes toxicodependentes (grupo experimental) e indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais (grupo de controlo). Como técnica de pesquisa principal foi utilizada uma entrevista de recolha de dados demográficos e duas escalas de avaliação da dinâmica familiar, a forma R da “Family Environment Scale” (FES) e a sub-escala geral da “Family Assessment Measure version III” (FAM III). A dimensão de cada uma das amostras foi de 40 indivíduos, seleccionados através de uma técnica de amostragem probabilística aleatória simples.

Da análise da FES podemos retirar que os doentes toxicodependentes, em oposição aos outros indivíduos, apresentam famílias com níveis de **coesão, expressividade, independência, orientação para o sucesso, ênfase religiosa, organização e controlo mais baixos** e níveis de **conflito mais altos**. De acordo com os dados obtidos pela aplicação da FAM III verifica-se que os doentes toxicodependentes, ao contrário dos outros indivíduos, apresentam famílias com **desajustamento familiar na realização de tarefas, desempenho de papéis, comunicação, expressão afectiva, envolvimento geral, controlo** e nas **normas e valores**.

**Palavras-chave:** Toxicodependência, Família, Dinâmica familiar, Adicção



## **ABSTRACT**

The idea that drugs dependency is a complex disease, which needs a complete and systematic approach of its preventive and therapeutic components, is actually consensual. In this perspective the family, among other factors, plays an important role, as it is the social environment leading to the construction of educational bases, personality development and personal relations with the exterior.

Our purpose being the study of the relevant characteristics of family dynamics related to drugs consume, we have chosen to apply a quantitative method of hypothetical-deductive approach, comparing some of the variables of family dynamics, found among patients with a drug addiction (experimental group) and none consumers of illegal psychoactive substances (control group). As the main research technique, we used an interview to collect demographic data, and two evaluation scales of family dynamics, the form R of the “Family Environment Scale” (FES) and the general subscale of the “Family Assessment Measure version III” (FAM III). The dimension of each of the samples included 40 individuals, who were selected through simple random probabilistic sampling.

From the FES analyses we were able to conclude that drug dependent patients (experimental group), in opposition to the control group, demonstrate families with low levels of cohesion, expressiveness, independence, achievement orientation, moral-religious emphasis, organization and control; and higher levels of conflicts. Through the data obtained by FAM III application we can see that drug dependent patients in contrast with the other people from the control group, illustrate families with weak dynamics in task accomplishment, role performance, communication, affective expression, involvement, control and on values and norms.

**Key-words:** Drug dependence, Family, Family dynamics, Addiction

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Factores de registo familiar ou relacionados com a família para explicar o uso e abuso de drogas .....	36
Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão no grupo experimental e de controlo.....	68
Tabela 3 - Valores de pontuação médios para as variáveis avaliadas pela FES .....	70
Tabela 4 - FES – Coesão, Expressividade, Conflito, Independência; Orientação para o sucesso – Grupo Experimental - Medidas de tendência central .....	80
Tabela 5 - FES – Orientação Intelecto-cultural, Orientação recreativa, Ênfase religiosa, organização, Controlo – Grupo Experimental - Medidas de tendência central .....	80
Tabela 6 - FES – Orientação Intelecto-cultural, Orientação recreativa, Ênfase religiosa, organização, Controlo – Grupo de Controlo - Medidas de tendência central .....	81
Tabela 7 - FES – Orientação Intelecto-cultural, Orientação recreativa, Ênfase religiosa, organização, Controlo – Grupo de Controlo - Medidas de tendência central .....	82
Tabela 8 - FES – Comparação de amostras – Coesão, Expressividade, Conflito, Independência, Orientação para o Sucesso .....	83
Tabela 9 - FES – Comparação de amostras –, Orientação Intelecto-cultural, Orientação recreativa, Ênfase religiosa, Organização, Controlo .....	84
Tabela 10 - FAM III – Escala Geral – Realização de Tarefas, Desempenho de papéis, Comunicação, Expressão afectiva, Envolvimento geral – Grupo Experimental - Medidas de tendência central.....	90
Tabela 11 - FAM III – Escala Geral – Controlo, Normas e valores, Média ponderada, Nível de ansia social, Grau de defesa – Grupo Experimental - Medidas de tendência central .....	91
Tabela 12 - FAM III – Escala Geral – Realização de Tarefas, Desempenho de papéis, Comunicação, Expressão afectiva, Envolvimento geral – Grupo de Controlo - Medidas de tendência central.....	93
Tabela 13 - FAM III – Escala Geral – Controlo, Normas e valores, Média ponderada, Nível de ansia social, Grau de defesa – Grupo de Controlo - Medidas de tendência central .....	93

Tabela 14 - FAM III– Comparação de amostras – Realização de tarefas, Desempenho de papéis, Comunicação, Expressão afectiva.....	95
Tabela 15 - FAM III – Comparação de amostras – Envolvimento Geral, Controlo, Normas e Valores, Média Ponderada, Nível de ânsia social .....	96
Tabela 16 - FAM III – Comparação de amostras – Grau de Defesa .....	97

## **ÍNDICE**

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
<b>1. ADOLESCÊNCIA.....</b>	<b>5</b>
1.1 ADOLESCÊNCIA E IDENTIDADE.....	5
1.2. ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA .....	9
1.3. ADOLESCÊNCIA E SOCIEDADE .....	18
1.4. GRUPO DE PARES .....	19
1.5. INTEGRAÇÃO E RITUAIS DE INICIAÇÃO.....	20
<b>2. FAMÍLIA .....</b>	<b>22</b>
2.1. DEFINIÇÃO DE FAMÍLIA.....	23
2.2. A ESTRUTURA FAMILIAR .....	24
2.3. FUNÇÕES E DEVERES DA FAMÍLIA .....	25
2.4. A RUPTURA FAMILIAR .....	26
2.5. FAMÍLIA FUNCIONAL VERSUS FAMÍLIA DISFUNCIONAL .....	28
2.6. INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE .....	30
2.7. FAMÍLIAS EXPOSTAS A RISCOS .....	31
2.8. O AMBIENTE FAMILIAR NOCIVO .....	32
2.9. A DINÂMICA FAMILIAR.....	33
<b>3. OS FACTORES DE RISCO E PROTECÇÃO FAMILIAR.....</b>	<b>35</b>
3.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS FACTORES DE RISCO .....	35
3.2. FACTORES DE RISCO E PROTECÇÃO FAMILIAR .....	37

<b>4. ESTUDOS ACERCA DA PERSONALIDADE DO DOENTE TOXICODEPENDENTE .....</b>	<b>46</b>
4.1. FASES DA TOXICODEPENDÊNCIA .....	46
4.2. CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE DO DOENTE TOXICODEPENDENTE .....	47
<b>5. ESTUDOS LONGITUDINAIS DO INÍCIO DO CONSUMO DE DROGAS. ....</b>	<b>49</b>
5.1. INFLUÊNCIA DIFERENCIAL DE FAMÍLIA E AMIGOS .....	52
5.2. CARACTERÍSTICAS DAS FAMÍLIAS COM UM MEMBRO TOXICODEPENDENTE .....	57
<b>6. MODELO DE ANÁLISE .....</b>	<b>63</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>65</b>
<b>7. METODOLOGIA .....</b>	<b>65</b>
7.1. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO .....	65
7.2. OBJECTIVOS .....	67
7.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	67
7.3.1. População e amostra do estudo.....	68
7.3.2. Técnicas de investigação.....	69
7.3.3. Técnica de Amostragem .....	71
7.3.4. Modelo de Análise .....	71
7.3.5. Procedimentos de colheita de dados.....	72
7.3.6. Previsão do tratamento estatístico.....	72
<b>8. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>74</b>
8.1. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS .....	74
8.1.1. Amostra Experimental .....	74
8.1.2. Amostra de Controlo .....	77
8.1.3. Comparação de Amostras .....	77
8.2. FES – FORMA R .....	80

8.2.1. Amostra Experimental .....	80
8.2.2. Amostra de Controlo .....	81
8.2.3. Comparação de amostras .....	83
8.3. FAM III.....	90
8.3.1. Amostra Experimental .....	90
8.3.2. Amostra de controlo .....	93
8.3.3. Comparação de amostras .....	95
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES .....	103
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	107
10.1. REFERÊNCIAS DOS SITIOS DA INTERNET .....	118
ANEXOS .....	119
“Quadros estatísticos acerca da caracterização sócio-demográfica das amostras” .....	120
“Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de pesquisa na Comunidade Terapêutica Ares do Pinhal” .....	133
“Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de pesquisa no Instituto de Emprego e Formação Profissional – pólo de formação de Sintra” .....	136
“Termo de autorização para participação no estudo” .....	139
“Questionário de caracterização sócio-demográfico” .....	141
“Family Environment Scale – forma R” de MOOS, R. H. & MOOS, B. S. ....	144
“Family Assessment Measure - Version III – sub-escala geral", de SKINNER, H.A.; STEINHAUER, P.D. & SANTA-BARBARA, J.” .....	150

## **0. INTRODUÇÃO**

O consumo de drogas apresenta-se como um dos problemas mais importantes da sociedade actual, quer pela magnitude do fenómeno quer pelas consequências pessoais e sociais que desencadeia (4,8% da população mundial consome algum tipo de droga). De acordo com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial, o uso de drogas compromete 1,6% dos dias de vida saudável perdidos por morte prematura ou por incapacidade. (MEDINA, 2001)

O fenómeno do consumo de drogas é altamente complexo e multicausal, não reconhecendo limites territoriais, sociais ou etários. Nos últimos vinte anos diversas investigações acerca da toxicodependência têm concluído que atribuir a etiologia ou manutenção do consumo de substâncias psicoactivas a um único factor é um reducionismo. As investigações indicam que o consumo de drogas é mediado por factores de risco e protecção pessoais, sociais, cognitivos, emocionais e comportamentais, incluindo as dificuldades na competência social, relações interpessoais, necessidade de aprovação pelos pares, relações familiares pobres, atitudes favoráveis para o uso de drogas e a falta de assertividade. Sabemos que, para cada caso de consumo, o indivíduo é influenciado por todos estes elementos de forma particular e única. (INGLÉS *et al*, 2003)

A constatação de que a família desempenha um papel fundamental no início e manutenção do consumo de substâncias psicoactivas é um dado relativamente novo. Nos anos 50 diversos autores provenientes da psiquiatria (Wynne, Bowen, etc.) e de ciências como a antropologia ou a comunicação (Bateson, Haley) desenvolveram os primeiros trabalhos de investigação orientados, não só para as características individuais dos consumidores, como também para toda a sua família. (PEREIRA, 1994)

Dessas investigações resultou o consenso de que as famílias têm uma tendência para a homeostase, que se traduz na manutenção de comportamentos, que ao serem patológicos direccionam as famílias dos doentes para níveis de desajustamento familiar cada vez mais rígidos. Este tipo de comportamento familiar está presente nas famílias em que um dos

membros é toxicodependente. Assim, quando no tratamento da toxicodependência, para além de uma abordagem individual, não se proporciona um tratamento familiar, o índice de recaídas é maior (GIBSON *et al*, 1992), uma vez que não se modificam as características familiares que tinham contribuído para o início e manutenção da toxicodependência. Já em 1978, COLEMAN tinha verificado que a nível terapêutico, separar o indivíduo toxicodependente da sua família era um dos factores do pouco sucesso das recuperações dos doentes toxicodependentes.

Relativamente ao consumo de substâncias psicoactivas e à sua relação com a dinâmica familiar, a adolescência assume uma importância primordial uma vez que é nesta etapa do crescimento que a pessoa descobre a sua identidade e define a sua personalidade. Nesse processo, a adolescência constitui uma fase de perda para a família: perde-se a criança para dar lugar ao adulto jovem. Se a família não conseguir proporcionar a autonomia necessária ao jovem e favorecer os seus papéis adultos (socialização/individuação), dificilmente este terá um desenvolvimento sadio, com autonomia, independência e condições para tomar as suas próprias decisões. (FREITAS, 2002)

Segundo FREITAS (2002), o adolescente é extremamente vulnerável aos apelos provenientes do mundo das drogas em virtude das modificações pelas quais passa o seu mundo interno. Isto acontece porque a fase da adolescência é muito complexa, com ganhos e perdas importantes, o que potencia fortes experiências de sofrimento. A negação desse sofrimento traduz-se, muitas vezes, em graves patologias dado conduzir, com frequência, a comportamentos anti-sociais e autodestrutivos, encobridores de uma intensa angústia existencial. Se a criança cresce num ambiente familiar sem amor, sem limites, sem atenção, ela pode tornar-se num indivíduo sem estrutura emocional para enfrentar os mais diversos problemas de sua vida. Quando se torna adolescente, essa mesma estrutura emocional frágil aliada às mudanças da adolescência são factores de risco para o consumo.

Neste sentido, apresentamos este estudo com o objectivo de investigar os factores familiares relevantes no consumo de drogas e conhecer as diferenças no ambiente familiar entre um grupo de consumidores e outro de não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.

Temos assim, dois objectivos de investigação:

1. Tendo como base a revisão de literatura efectuada, os diferentes autores referem que o doente toxicodependente apresenta falhas ao nível da dinâmica familiar, ou seja, a sua família



não lhe proporcionou condições ambientais favoráveis para que se consiga desenvolver de forma saudável. Não sendo nosso objectivo estabelecer nenhum tipo de causalidade entre o tipo de dinâmica familiar no qual o indivíduo viveu e o processo de doença que está a vivenciar, **pretendemos caracterizar a dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes;**

**2. Pretendemos, também, verificar que diferenças existirão entre a dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e os indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.**

Desta forma e após uma extensa revisão de literatura, surge-nos o seguinte problema de investigação: **Será que existem diferenças significativas nos padrões de dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e dos indivíduos não toxicodependentes?**

Para conduzir esta investigação, no sentido de alcançar os objectivos delineados, optámos por dividir a sua apresentação. Assim, do ponto de vista estrutural este trabalho é dividido em duas partes, sendo a primeira reservada ao enquadramento teórico e a segunda à investigação empírica realizada.

O enquadramento teórico, por sua vez, é dividido em cinco capítulos. No primeiro, e devido ao facto de considerarmos o indivíduo como reflexo de uma história de vida na qual a adolescência tem uma função fundamental como etapa de estruturação de papéis e dinâmica familiar, far-se-á uma abordagem teórica acerca da adolescência, das suas características evolutivas e influências de relação com a família, a sociedade e os grupos de pares. No segundo capítulo abordar-se-á a família, atendendo à sua definição, estrutura, funções e deveres. Será abordado ainda o tema das rupturas familiares, a distinção entre uma família funcional e uma família disfuncional, influência da família no desenvolvimento da personalidade e as características das famílias expostas a riscos, do ambiente familiar nocivo e da dinâmica familiar. No terceiro capítulo, serão apresentados os factores familiares de risco e protecção para o consumo de drogas. No quarto capítulo, serão referenciados alguns estudos acerca da personalidade do doente toxicodependente e no quinto capítulo, apresentar-se-ão alguns estudos longitudinais acerca do início do consumo de drogas.

Em relação à investigação empírica foram estruturados três capítulos. O primeiro refere-se aos objectivos e tipo de investigação, desenhando-se o modelo de aplicação e análise das variáveis em estudo. Este capítulo integra ainda a constituição da população do estudo, apresenta os instrumentos de colheita de dados utilizados e as opções metodológicas seguidas,

nomeadamente os procedimentos de colheita de dados e a previsão do tratamento estatístico. No segundo capítulo, são apresentados os dados empíricos obtidos e sua discussão. De início serão apresentados os dados referentes à caracterização da amostra e de seguida os dados resultantes da aplicação das escalas (forma R da “Family Environment Scale” – FES – e a sub-escala geral da “Family Assessment Measure” – FAM). A apresentação dos dados será realizada com a exposição da situação particular de cada uma das amostras e de seguida com a comparação de amostras. Para finalizar no terceiro capítulo serão realizadas algumas considerações finais e sugestões, onde se procurará realçar os aspectos mais importantes na investigação, identificando as suas implicações para o entendimento da dinâmica familiar do doente toxicodependente.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. ADOLESCÊNCIA

#### 1.1 ADOLESCÊNCIA E IDENTIDADE

A melhor definição de adolescência, e talvez o seu marco mais rigoroso, é a que a fixa como o momento em que se dá uma reaceleração do crescimento – adolescência provém de *adolescere*: crescer, fortalecer –, constituindo este um dos mais agitados períodos da vida humana.

Este reacelerar da velocidade de crescimento ocorre nas raparigas entre os 9,5 e os 14,5 anos e nos rapazes entre os 10,5 e os 16 anos. Depois o crescimento desacelera para parar nas raparigas por volta dos 19 anos e nos rapazes por volta dos 21 anos. (ALMEIDA, 1987)

Contudo e apesar das especificidades fisiológicas e psicológicas do indivíduo jovem terem sempre existido, independentemente do passado histórico e da cultura, as sociedades adultas nem sempre reconheceram as características distintas da adolescência (SPRINTHALL *et al*, 2003). A descoberta do conceito de adolescência como etapa psicologicamente complexa, digna de estudo científico, não aparece antes do final do século XIX, tendo recebido um novo impulso devido à obra de Stanley Hall, nos princípios do século XX. (DAVIS, 1988)

A adolescência envolve então a transição entre a infância e a juventude, constituindo uma etapa extremamente importante no desenvolvimento humano com características muito próprias que levarão o menino a formar-se como um ser adulto. As mudanças corporais e mentais que ocorrem nesta fase são universais, com algumas variações, psicológicas e relacionais, de cultura para cultura, de grupo para grupo e até entre indivíduos de um mesmo grupo (ZAGURY, 2000).

Estas transformações pelas quais a criança irá passar são de tal forma complexas que a adolescência tem sido frequentemente descrita como um período tumultuoso, instável e desconcertante. STANLEY HALL (citado por WEINER, 1995:3-4) descreve os adolescentes como “emocionalmente instáveis e mórbidos. É a idade do inebriamento natural sem necessidade de intoxicação que levou Platão a definir a juventude como embriaguez espiritual. É um impulso natural para experimentar estados psíquicos ardentes e inflamados e caracteriza-se pela emocionalidade (...) a instabilidade e as flutuações são características neste período”.

Também ANNA FREUD (1946/1986:117-118) se refere aos adolescentes como “excessivamente egoístas, considerando-os o centro do universo e o único objecto de interesse e, entretanto, em tempo algum da sua vida ulterior são capazes de tanta abnegação e, por outro lado, possuem uma irresistível ânsia de solidão. (...) Oscilam entre a cega submissão a um líder auto-eleito e a rebelião insolente contra toda e qualquer autoridade. (...) Seus estados de espírito variam entre o optimismo leviano e o mais sombrio pessimismo. Algumas vezes, dedicam-se ao trabalho com infatigável entusiasmo e, outras vezes, são preguiçosos, desleixados e apáticos”.

Não podemos deixar de associar estas descrições aparentemente dramatizadas, do processo da adolescência, com a sintomatologia evidenciada por pacientes com doença bipolar em situação de crise, onde de igual modo se observa extremada alternância entre estados de espírito e respectiva expressão comportamental. Daí, como refere ABERASTURY (1988) a importância de não confundir este período de contradições, confusão, ambivalências e sofrimento, com estados patológicos alarmantes e equivocados.

Ainda a propósito da variabilidade de estados de espírito BRACONNIER *et al* (2000) referem que, a adolescência pode ser considerada como o período de surgimento dos afectos e das emoções. Apontam como possíveis causas do mesmo, a atenção que o adolescente presta à variabilidade de estímulos, a uma sensibilidade particular à novidade ou, ainda, a uma disponibilidade para a activação emocional.

Parece consensual entre os autores, a ideia de que a adolescência é um processo de transição, entre a puberdade e a idade adulta, marcado por alguma inquietação. Neste processo ocorrem profundas transformações a nível fisiológico, psicológico, relacional e social, conducentes à consolidação da identidade e aquisição de autonomia.

No que diz respeito ao desenvolvimento intelectual verifica-se, em ambos os géneros, o surgimento do raciocínio hipotético-dedutivo, permitindo generalizações mais rápidas como a compreensão de conceitos abstratos. A independência intelectual surge com força, muitas vezes apresentando-se como rebeldia com as autoridades em geral. Este facto está ligado a essa recém-adquirida capacidade de abstracção, reflexão e generalização, que leva os jovens a uma abordagem mais filosófica e independente de qualquer conceito.

Além disso, se anteriormente tudo o que lhes tinha sido dito, principalmente pelos pais e professores, era aceite como verdade absoluta, deixa de o ser. Começam a questionar principalmente os princípios da sociedade, da religião, da política e da família. Têm tendência a procurar novas alternativas e novas respostas, o que origina o constante questionamento em relação a tudo o que os pais dizem ou fazem. A capacidade racional desenvolvida junto com a objectividade alcançada permitem que as tensas relações com os pais e professores se relaxem, admitindo as suas influências e, em certos casos, levando inclusive a uma relação de amizade com um dos pais. (REMPLEIN, 1971).

Outra mudança importante é o amadurecimento sexual, produzido pela grande actividade hormonal e glandular que elevará a capacidade reprodutiva, sendo que as adolescentes femininas alcançam a maturidade sexual mais cedo (mais ou menos na idade de 10 a 12 anos) do que os adolescentes masculinos (13 anos). BLOS (1962) realça ainda a discrepância entre o crescimento biológico rápido e um crescimento psicológico que se opera lentamente. Para o autor este seria como um segundo movimento no processo de individuação, semelhante ao processo de separação-individuação (entre o “eu” e o “não eu”) descrito por MAHLER (1979), mas agora mais complexo e visando o sentido da identidade.

É também na adolescência que a pessoa descobre a sua identidade e define a sua personalidade. Nesse processo, manifesta-se uma crise vital, na qual se reformulam os valores adquiridos na infância e se assimila uma nova estrutura mais madura, cuja definição etária está dependente da época e do local (BLOS, 1962).

OSÓRIO (1977) refere que a adolescência é uma crise vital, entendendo-se como crise um ponto crítico necessário ao desenvolvimento do indivíduo. ERIKSON (1956, citado por BLOS, 1962) segue a mesma linha de pensamento ao referir que a adolescência não deve ser perspectivada como um período de aflição, mas como uma crise normativa, uma fase normal de maior conflito caracterizada por uma aparente flutuação no vigor do ego e também por um alto potencial de crescimento.

Segundo ALMEIDA (1987) esta crise caracteriza a adolescência como a idade das contradições: o melhor e o pior; a aptidão física e a falta de jeito; a vivacidade psíquica e o insucesso escolar; o hedonismo e a desesperança; a arrogância e a falta de confiança, sendo talvez a “modificação fundamental da representação de si” a principal alteração da adolescência.

Esta noção de identidade, analisada principalmente por ERIKSON (citado por ALMEIDA, 1987), baseia-se em elementos através dos quais alguém se reconhece, sabe o que quer, sabe como agir, muitas vezes com total independência e de maneira diferente de todos os outros, e mais, possui consciência da sua situação no espaço e da sua continuidade temporal, de um passado que não esquece, de um presente que domina, de um futuro em que se projecta.

Existe no adolescente uma enorme necessidade de se conhecer e de se reencontrar em cada momento desta fase rápida de transformação. Esta necessidade é completada por outra projecção, concretizada na escrita de diários íntimos e de pequenos contos autobiográficos.

A integridade interior do adolescente é dividida por pulsões opostas, como a da individualidade, resultante da sua existência sob a forma de pessoa singular, e a da sociabilidade, resultante da sua ânsia de comunicação, de afecto e de compreensão. O adolescente sofre, também, o conflito proveniente da oposição entre as suas nascentes pulsões sexuais, ou seja, a expressão psicológica do instinto sexual e as normas sociais.

Segundo FREUD (citado por ALMEIDA, 1987) na puberdade, com o despertar das pulsões sexuais, o conflito edipiano é reavivado. Tal como na tragédia de Sófocles em que Édipo, filho de Laios, Rei de Tebas, e de Jocasta, matou o pai e casou-se com a mãe, também na adolescência os rapazes hostilizam o pai, tentando eliminá-lo como rival mas simultaneamente procurando imitá-lo, para poderem vir a ocupar o seu lugar na relação com a mãe. O mesmo acontece com as raparigas, que se aproximam do pai e hostilizam a mãe. Há quem chame a esta situação o complexo de Electra, uma vez que nas tragédias de Sófocles e de Eurípides, Electra, filha de Agamémnon, vinga o seu pai induzindo o seu irmão Orestes a assassinar a sua mãe, que tinha assassinado o seu pai.

Esta é uma fase complicada para o adolescente uma vez que aparecem fortes sensações eróticas que dificultam os contactos físicos com o progenitor do sexo oposto e reactivam os sentimentos hostis para com o progenitor do mesmo sexo, que é encarado como um rival do afecto e das atenções daquele. Assim, entre o pai e a filha ou entre a mãe e o filho podem

existir uma espécie de enamoramento, que os progenitores procuram e até estimulam porque para eles constitui como que um rejuvenescimento e um regresso à sua própria adolescência. Simultaneamente, os progenitores sentem que os filhos do sexo oposto actuam como rivais para as atenções do seu próprio companheiro ou companheira e neles surgirá um ciúme comparável ao que tinham sentido durante o período de conquista daquele ou daquela. Para se defender, o adolescente procura afogar a sua sexualidade nascente, rejeita a imagem dos pais, afasta-se deles, tem para com eles sentimentos de ambivalência e a sua auto-estima é fortemente abalada.

Do choque entre as pulsões sexuais e as interdições do superego, que entretanto se fortaleceu com a profunda interiorização das regras morais, resultam conflitos importantes, como ansiedade, instabilidade e hipersensibilidade, retraimento, isolamento e regressão narcísica.

A multifacetada personalidade do adolescente, modelada por todos estes conflitos, é constituída por um misto de timidez, agressividade e revolta por atribuir aos outros o excesso de importância que consagra a si próprio, por ter receio de ver o orgulho ferido, por uma exigência de perfeição que *a priori* ele sabe que não consegue atingir. (COIMBRA DE MATOS, citado por ALMEIDA, 1977)

A tarefa fundamental do adolescente é pois abandonar o mundo infantil e integrar-se no mundo dos adultos; recusar os benefícios da infância e aceitar os desafios da idade adulta. Este processo exige uma perda, “a perda da vida infantil, familiar, protegida, dos pais, nem sempre compensada com o encontro de um objecto de amor sexual adequado e satisfatório”. (COIMBRA DE MATOS, 2002:185)

A construção e definição da identidade surge assim, como o produto fundamental da adolescência, através de processos de identificação. Inicialmente na infância, de forma mais captativa (características atribuídas pelos outros), posteriormente em termos de auto-reconhecimento (das qualidades físicas e psicológicas) e, finalmente por identificação a modelos externos (personalidades, grupos, ideologias, etc.).

## 1.2. ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA

A problemática da autonomização do adolescente passa necessariamente pela interacção com as suas figuras parentais. Se por um lado, os pais funcionam como figuras de identificação, por outro são alvo de um desinvestimento progressivo, em detrimento de elementos exteriores

ao meio familiar. A dinâmica gerada é naturalmente marcada pela conflituosidade que faz emergir, em ambas as partes, movimentos de resistência e ambivalência no que respeita ao processo de autonomia.

Até há relativamente pouco tempo, o estudo da adolescência centrou-se apenas no adolescente. Contudo, a dinâmica do processo será incompletamente compreendida se não se considerar uma outra face do problema: a própria ambivalência e resistência dos pais, e da sociedade, em aceitar a autonomização do adolescente (ABERASTURY, 1988).

Do mesmo modo que WINNICOTT (1995) não concebia a existência do bebé fora da díade com uma mãe, provavelmente também a adolescência não faz sentido sem a existência de uma interacção familiar, particularmente no que respeita à figura dos pais.

Como refere RAMOS (2004:117), “o sentimento de pertença a uma família, a uma comunidade, a uma cultura, dá o sentimento de segurança interna que favorece o desenvolvimento da criança e da resiliência”. O autor refere ainda que nas famílias que proporcionam segurança e afecto, as crianças aprendem a lidar melhor com as emoções e com os afectos e enfrentar os problemas quotidianos.

Contudo, na maioria dos casos, quando falamos no papel da família na evolução do ser humano, não pensamos senão na família com funcionamento saudável. Diremos de um adolescente cujo grupo familiar seja particularmente desordenado, perturbado ou isento de amor, que ele “não teve família”. Menos do que a observação dos factos referimo-nos então a uma concepção ideal que se tem de “Família”. Na realidade seja ela “boa” ou “má”, educativa ou não, desafogada ou asfixiante, clara ou ambígua, a família é um grupo humano no qual, e em relação ao qual, deve ser situado o adolescente, até mesmo porque e tal como nos diz DECONCHY (1994:130), o adolescente “não se encontra perante o grupo familiar como frente a qualquer coisa que não fosse ele. Faz parte integrante desse grupo, porque ele próprio contribui para o estruturar e para lhe dar um determinado tipo específico”.

Posto isto, é desnecessário enfatizar a influência marcante da família no crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente e na natureza das relações estabelecidas com outros grupos sociais e instituições, interacções que poderão ser explicadas de acordo com a Teoria Ecológica dos Sistemas de BRONFENBRENNER (1987), em que o indivíduo se desenvolve dentro de um sistema de relações que são afectadas por múltiplos níveis do ambiente mais próximo. O ambiente é dividido em níveis:



MICROSISTEMA - (primeiro e mais interno) padrões e actividades de interacção do entorno proximal do indivíduo. A palavra interacção refere-se às trocas bidireccionais entre o indivíduo e o seu meio.

MESOSISTEMA - engloba conexões entre microssistema como o lar, a escola, a vizinhança, a creche, etc. que fomentam o desenvolvimento do indivíduo.

EXOSISTEMA - refere-se aos cenários sociais próximos que afectam as experiências dos indivíduos. Podem ser relações formais como o local de trabalho dos pais, os serviços de saúde e bem-estar da comunidade, a rede social da família ou mesmo membros da família extensa.

O Exosistema é muito importante no apoio ao desenvolvimento do indivíduo. Pesquisas mostram que famílias isoladas por ausência ou escassez de vínculos sociais ou formais – como o desemprego, por exemplo – mostram um percentual elevado de conflitos. BRONFENBRENNER (1987)

MACROSISTEMA - o nível mais exterior do modelo de Bronfenbrenner consiste nos valores, leis, costumes e recursos de uma cultura particular. A acção do macrossistema recai por vias indirectas na qualidade do mesossistema. Por exemplo: as políticas sanitárias interferem na qualidade do ambiente das creches ou escolas.

Como vimos, em cada um dos sistemas, a "Teoria Ecológica dos Sistemas" mostra-nos a importância e a interdependência das relações familiares no desenvolvimento do indivíduo. Assim, existem algumas situações familiares que podem ser responsabilizadas como favorecedoras de uma maior vulnerabilidade do adolescente à ocorrência de problemas. Estas situações estão muitas vezes relacionadas com os conflitos causados pela chamada “separação” ou desvinculação dos adolescentes em relação aos pais e à sua identificação e ligação grupal com os pares, que sendo aspectos importantes para o adolescente na construção dos seus valores, atitudes e comportamentos, podem provocar grandes instabilidades emocionais nos progenitores. (COLLI, 1984)

Segundo COLLI (1984), dependendo do tipo de relação que os pais estabelecem com o seu filho, assim podem ser:

Pais Construtivos: tendo assumido todas as responsabilidades e cuidados com a criança, continuam a sentir responsabilidade em relação aos problemas do adolescente. São pais que conduzem adequadamente os seus filhos através da adolescência servindo, como retaguarda

para a resolução dos problemas, reconhecendo e aceitando os movimentos dos seus filhos no processo de maturação;

Pais Perfeccionistas: tentam proporcionar aos filhos adolescentes todas as condições de ambiente favorável mas, ao fazer isso, tiram a espontaneidade da relação com os filhos e sentem, frente aos conflitos ou problemas, desencanto e desapontamento e, frequentemente, sensação de culpa e fracasso. De outro lado, são os pais que se acham perfeitos, exemplares e onnipotentes em relação aos cuidados com os filhos, achando-se capazes e no direito de planejar os diferentes aspectos da vida do adolescente, não tendo em atenção os seus desejos e sentimentos;

Pais Permissivos: proporcionam aos filhos ou facilidades económicas, ou bens de vários tipos ou liberdade de horários ou decisões e /ou escassa supervisão. Não proporcionam aos filhos as expectativas de responsabilidade e, nessas circunstâncias, contribuem para uma maior resistência face às mesmas;

Pais Rígidos: são pais autoritários que não reconhecem o crescimento dos filhos e a sua individualidade, não lhes proporcionando mínimas condições de aprendizagem de ser adulto. São pais que acham que os seus filhos são imaturos e incapazes, bloqueando qualquer iniciativa ou actividade desejada por eles.

Pais que vivem através dos filhos: transferem para os filhos adolescentes todas as expectativas e desejos não realizados por eles e, ao não encontrarem reciprocidade, desapontam-se, magoam-se, sentem-se fracassados ou passam ao adolescente as culpas dos fracassos.

Pais Destrutivos: são pais que já antes da adolescência criam um ambiente altamente desfavorável. São os pais desinteressados, negligentes, que proporcionam maus tratos ou contribuem para uma situação de carência afectiva. São os pais que não dão mínimas condições de suporte às tarefas de crescimento e desenvolvimento do adolescente;

Pais Ambivalentes: adaptam-se com dificuldade às situações de maior independência dos filhos adolescentes. Esperam deles que assumam responsabilidades e determinados papéis e, ao mesmo tempo bloqueiam, considerando-os incapazes de bom desempenho. São pais que insistem na continuidade da dependência de filhos criando grande resistência por parte deles.

Pais que se sentem fracassados: acham que fizeram o melhor pelos filhos porém falharam e são, portanto, rejeitados pelos filhos que não valorizam os seus esforços passados;

Pais Adoptivos: apresentam características que podem ser encontradas também em pais não adotivos porém nos pais adotivos estão muitas vezes exacerbadas. Assim, de um lado são pais que fizeram de tudo pelos adolescentes mas têm dúvidas quanto ao seu desempenho e temem a crítica e a acusação do jovem e de outras pessoas. De outro lado, são os pais que acham que por ter recebido um lar adequado, o adolescente não tem o direito de questionar ou reclamar dos pais. São pais que lidaram com a criança tranquilamente e que, agora na adolescência, sentem-se questionados, não aceitando diversos comportamentos do adolescente. Em muitos casos, a adoção não é do conhecimento dos filhos, favorecendo o aparecimento de sentimentos de culpa e sofrimento.

Pais em conflito: enfrentam dificuldades pessoais de vários tipos e que não conseguem lidar com as manifestações ou transformações do adolescente. Não conseguem fornecer apoio já que estão muito amarrados aos seus próprios conflitos. São os pais que podem projectar nos filhos a desorganização emocional por que passam, facilitando a eclosão de distúrbios no relacionamento familiar. São pais ansiosos, que bloqueiam qualquer iniciativa do adolescente. À medida que crescem internamente, que se organizam, os pais são capazes de viver a adolescência dos filhos de maneira menos sofrida;

Ausência dos Pais: são pais ausentes em relação ao adolescente quer concretamente (por morte, separação ou abandono), quer figuradamente (pouco participativos, omissos). Passam a ser substituídos eventualmente por outros familiares faltando, algumas vezes, ao adolescente aquele referencial e toda uma relação específica e necessária ao desenvolvimento. Nessas circunstâncias, o jovem pode ainda enfrentar um segundo núcleo familiar ou a solidão.

Esta autora refere ainda que os pais são diferentes, isto é, não existe denominador comum que os possa conduzir ao mesmo tipo de abordagem, podendo assumir várias das características citadas ao mesmo tempo ou em momentos diferentes.

Em relação ao estilo de autoridade parental BAUMRIND (citado por FARATE, 2000) identificou três estilos de organização familiar distintos: (1) um padrão autocrático, (2) um padrão permissivo e (3) um padrão democrático, e estabeleceu uma relação causal entre os dois primeiros tipos de organização familiar, e uma vulnerabilidade dos adolescentes no que respeita ao consumo precoce (uso ou abuso) de álcool e drogas.

DECONCHY (1994:130) concorda com COLLI ao afirmar que “o quadro do grupo familiar é, pois, essencialmente móvel”, e estabelece a sua própria tipologia que assume como “rápida e incompleta”:

Grupo Familiar Hierarquizado: este tipo de grupo familiar tem pais reinantes ou pais dominadores, que têm o mundo nas mãos e invocam uma panóplia de princípios em que a dignidade moral e a respeitabilidade social se imbricam uma na outra até não se poderem distinguir. A hierarquização e especificação atingem todos os elementos da família situados em posição subordinada. São grupos familiares em que reina a ordem, organização e hierarquização que poderão resultar em serenidade e paz ou em reacção, desagrado e desgosto de viver.

Grupo Familiar Disperso: não existem regras nem horários. Se existe, a autoridade dos pais reveste-se de formas mais difusas, de maior familiaridade. Um clima destes pode provocar no adolescente tanto um sentimento de frustração na sua necessidade de segurança, como uma promoção rápida a uma independência que o faz crescer.

Grupo Familiar Fechado: normalmente característico das famílias com filhos únicos ou famílias rurais ou burguesas com filhos numerosos. Possuem objectivos restritos e têm poucas relações exteriores. De entre os objectivos restritos destas células fechadas, o êxito escolar ou social é muitas vezes procurado como se fosse uma forma de se impor, apesar de tudo, perante uma sociedade que se considera uma ameaça para a família. Quem for jovem achará o seu ar irrespirável. Em relação a um grupo familiar desta natureza, o adolescente reagirá quer por uma aglutinação que a apaga, quer por um estiolamento silencioso, quer por uma agressividade contra tudo o que vem do grupo, quer por uma tomada de independência racionada, calma e rara.

Grupo Familiar Aberto: normalmente são famílias com muitos filhos que sabem acolher elementos exteriores à família. A unidade não é o resultado de aglutinações, mas sim de uma comunidade de projectos, que não iguais para todos. A autoridade dos pais funciona por meio de informação e persuasão, raramente por coacção. Favorecem-se os contactos exteriores. Se é verdade que um clima destes é favorável ao adolescente, o desejo de ter os pais só para si pode provocar um sentimento de desamparo, não se sentindo acolhido por uma família que acolhe tudo e todos.

Grupo Familiar Inexistente: este grupo familiar não possui características de grupo, constituindo um grupo artificial de pessoas que vivem em conjunto, mas sem que estabeleçam verdadeiras ligações entre elas. Este tipo de ambiente não satisfaz nenhum tipo de função que o adolescente pede à família para desempenhar.

É importante a aceitação pelos pais, dos movimentos de progressão e regressão na adolescência como um processo conflitual. A atitude mais desadequada é a de um pai (ou a sociedade) “empurrar ou deter, fomentar excessivamente ou reprimir com brutalidade os progressos do adolescente” (ABERASTURY, 1988:26).

A tarefa da adolescência é permitir que o indivíduo aceda progressivamente ao estatuto de sujeito, a um reconhecimento das suas próprias identificações, desejos e ideais. Este processo coloca, no entanto, pais e adolescentes num outro paradoxo. Se por um lado o adolescente precisa de se diferenciar dos pais, por outro as suas identificações como futuro adulto só “adquirem sentido existencial duradouro, se se inscreverem na linhagem familiar. O adolescente precisa de se separar daqueles com quem tem necessidade de se identificar” (BRACONNIER *et al*, 2000:70).

Na circunstância de primeiro alvo dos movimentos agressivos do adolescente, o papel parental enfrenta com regularidade tensões e conflitos relacionais, frequentemente vividos de forma dolorosa e/ou ambivalente. Que esperar então, de um papel adequado e maturativo das figuras parentais, no processo de crescimento dos filhos? A este respeito, os autores referidos apontam como função essencial dos pais, a necessidade de sobrevivência a esta tensão agressiva, não se deixando atingir em profundidade, a ponto de ficarem deprimidos ou renunciarem à sua função, adoptando uma conduta de demissão e indiferença. Outra função essencial, talvez mais positiva, será a de fornecer segurança e protecção perante a vulnerabilidade do adolescente na exploração dos seus próprios limites. O papel de vigilância do ambiente de desenvolvimento do adolescente visa editar, o melhor possível, o confronto com experiências traumatizantes. Os pais devem permanecer assim, como um refúgio privilegiado aquando dos movimentos de exploração exterior. A ausência deste refúgio pode despertar no adolescente atitudes de perda e desespero. (BRACONNIER *et al*, 2000)

A este respeito parece-nos oportuno, referir a importância do comportamento parental, como variável de grande influência na qualidade da relação estabelecida entre pais e filhos na infância. O comportamento parental é entendido na literatura, como as respostas dos pais às necessidades específicas da criança (desconfortos, solicitações sociais, etc.). O modo de reagir

nestas circunstâncias é designado por sensibilidade, conceito-chave no estudo da relação mãe-criança. Supostamente, o desenvolvimento da criança será tanto mais harmonioso, quanto maior for a sensibilidade dos pais. BELSKY (citado por PIRES, 1990) desenvolveu um modelo das relações parentais em que identificou um conjunto de determinantes relacionados com a maior ou menor sensibilidade: (1) factores relativos ao próprio sujeito, como a personalidade e a história de desenvolvimento; (2) características da própria criança como por exemplo o temperamento, ritmos de sono, comportamento alimentar e (3) factores do contexto social, que poderão actuar como apoiantes ou como geradores de stresse, de que são exemplo a qualidade da relação conjugal, a rede de contextos sociais e a actividade laboral.

O comportamento parental através dos cuidados prestados à criança deve promover um ambiente emocional e social facilitador do desenvolvimento afectivo, cognitivo e social da criança. As relações afectivas e sociais harmoniosas entre pais e filhos são fundamentais para o desenvolvimento saudável, e constituem as bases da futura saúde física e mental da criança e adolescente, uma vez que promovem a integração de regras e sentido de responsabilidade, indispensáveis a uma integração social e profissional equilibrada (RAMOS, 2004).

A propósito da interacção pais-filhos e da possibilidade de transmissão, particularmente pela mãe, de distúrbios à criança, TRONICK *et al* (1986) conceptualizaram um modelo de regulação mútua (*mutual regulation model*). Na perspectiva dos autores, a criança em idade precoce tem a dupla tarefa de regular simultaneamente o seu estado emocional interno e ajustar-se ao meio externo. A tarefa é dupla uma vez que as emoções produzem motivação e ajudam a organizar as acções da criança no ambiente exterior. Uma criança angustiada ou aflita é incapaz de manter um envolvimento organizado com uma pessoa ou com um objecto, devido à desorganização do seu estado emocional. Os autores sustentam que uma mãe deprimida, devido ao seu estado emocional, falha na resposta aos estímulos reguladores do filho, ficando este privado de sinais reguladores adequados. Daqui resulta um empobrecimento das acções coordenadas, produzindo na criança uma experiência repetida de afecto negativo. Durante algum tempo a criança pode insistir, tentando reparar a interacção, mas a cada tentativa falhada, maior é a possibilidade da criança adoptar comportamentos de auto-regulação de modo a lidar com o afecto negativo gerado na interacção. As consequências do processo poderão ser o estabelecimento de uma representação de “si” e da “mãe”, em que a criança é ineficaz e a mãe não é securizante (TRONICK *et al*, 1986).

Numa revisão de estudos sobre a percepção das atitudes parentais e baseando-se no modelo de BECKER, FLEMING (1997) refere que, de um modo geral as atitudes parentais podem-se organizar em duas dimensões de pares antitéticos: Amor vs Hostilidade e Autonomia vs Controlo. A primeira remetendo para a “qualidade afectiva da relação” com os pais, em termos de aceitação, protecção, calor afectivo ou, em oposição, frieza emocional, rejeição total ou parcial; a segunda, remete para estilos educativos baseados no autoritarismo, na indução e na punição.

A mesma autora sustenta ainda que, na dimensão Afecto, uma intensidade excessiva pode impedir o desenvolvimento de uma identidade própria e separada. A dimensão Controlo pode tornar-se decisiva pelo modo como as normas são operacionalizadas: por negociação ou por imposição.

No que diz respeito aos factores de risco associados ao consumo de substâncias, aspecto particularmente importante tendo em conta o nosso objecto de estudo, o papel da família surge como fundamental na apreciação do risco. A qualidade afectiva das relações familiares, o estilo de exercício da autoridade parental e a influência exercida sobre o comportamento e a conduta do adolescente, parecem ser os vectores principais na apreciação do risco de consumo (FARATE, 2000).

Também BRACONNIER *et al* (2000:191-192), referem os factores de risco familiares embora colocando-os em relação a três tipos de consumo de substâncias: um “consumo festivo e recreativo” e um “consumo autoterapêutico”, em que não estão necessariamente presentes factores de risco familiares e, um “consumo toxicomaniaco” em que é frequente e habitual a presença de risco familiar, particularmente o desentendimento parental crónico, hiper-rigidez, aliança patológica entre indivíduos de gerações diferentes (um dos progenitores aliado ao adolescente contra o outro), dificuldades socio-económicas, laxismo e indiferença dos pais.

Ainda a propósito de modalidades de funcionamento familiar perturbadas e perturbadoras, do processo de separação dos adolescentes das suas famílias, referimos os modelos de STIERLIN (citado por FLEMING, 1995). Este autor conceptualiza dois modelos de separação que corresponderiam a particularidades extremas de padrões de interacção entre os membros de uma família: (1) um “modelo centrípeto”, característico de famílias muito captativas e aglutinadoras dos seus elementos, onde os comportamentos mais infantis dos adolescentes são gratificados e os movimentos de autonomia e afirmação não são

estimulados. Esta constelação provoca no adolescente sentimentos de culpa face à separação e sentimentos de incapacidade e dependência; (2) um “modelo centrífugo”, caracterizado por tendência à rejeição dos seus elementos, incutindo-lhes precocemente comportamentos típicos dos adultos, e onde a realidade externa à família é apresentada como gratificante e securizante. O adolescente tem então tendência ao estabelecimento de relações afectivas precoces com elementos exteriores à família.

### 1.3. ADOLESCÊNCIA E SOCIEDADE

Na adolescência, paralelamente com o desenvolvimento físico interno e externo, ocorrem modificações a nível social. A relação da dimensão da personalidade (social e não do indivíduo como pessoa) com o sistema social e cultural, resultará no que se designa de processo de socialização. Este é, segundo ROCHER (1999:126) o “processo pelo qual ao longo da vida a pessoa humana aprende e interioriza os elementos sócio-culturais do seu meio, os integra na estrutura da sua personalidade sob a influência de experiências de agentes sociais significativos e se adapta assim ao ambiente social em que se deve viver”. Desta definição, de acordo com o mesmo autor, decorrem três ideias fundamentais: a aquisição da cultura, a integração da cultura na personalidade e a adaptação ao meio ambiente. Concretamente, a socialização será: (1) um processo de aquisição de conhecimentos, modelos, valores e símbolos, próprios do grupo e da sociedade em que o indivíduo vive; (2) um processo em que elementos da sociedade e da cultura integram a estrutura da personalidade psíquica do indivíduo, tornando-se parte constituinte de si próprio e (3) um processo de adaptação da pessoa ao meio social e que confere um carácter de pertença (à família, ao grupo, à religião, por exemplo).

Note-se que, apesar da infância e da adolescência serem, por excelência, os períodos de maior intensidade da socialização, esta processa-se ao longo de toda a vida da pessoa. Poderão ser exemplos de socialização intensa na idade adulta o primeiro emprego, o casamento, o nascimento de um primeiro filho ou os movimentos migratórios para outros países.

Ainda no que respeita à socialização importa referir o papel da aprendizagem na aquisição de reflexos, hábitos e atitudes. Ao contrário do animal, o homem tem uma extensa capacidade de aprendizagem, mercê da complexidade do seu sistema nervoso central. Os principais processos de aprendizagem são a repetição, a imitação, aplicação de recompensas e punições



e a tentativa e erro. Uma outra componente dos mecanismos de socialização é a designada “interiorização de outrem”, desenvolvida por COOLEY (citado por ROCHER, 1999) que consiste na formação da consciência de si próprio através do olhar do outro, ou seja, a percepção de si por outrem.

Além de mecanismos de socialização existem os agentes de socialização, de que são considerados como principais, a influência da família e o grupo de pares (NEGREIROS, 1998; ROCHER, 1999).

O adolescente é sujeito a uma aprendizagem de comportamentos e atitudes no estabelecimento de interações com os outros. KANDEL (citado por NEGREIROS, 1998) refere dois processos básicos de socialização: (1) a imitação pelo adolescente, de comportamentos observados nos outros e (2) o reforço social, que justifica a razão de certos comportamentos prevalecerem se aprovados pelos actores significativos do cenário social do adolescente.

Consoante a cultura, variam as formas e as circunstâncias de interacção entre os indivíduos, sendo que o desenvolvimento social do adolescente depende do resultado da interacção entre o próprio e a rede social em que está inserido (família, escola, grupo) e tendo em conta o contexto sócio-cultural e histórico.

#### 1.4. GRUPO DE PARES

Nesta fase de alargamento do mundo social, o adolescente desenvolve interações de carácter mais horizontal com os pares, aspecto que as distingue das relações estabelecidas na família ou na escola, onde a presença e a autoridade dos adultos hierarquiza, de modo, claro, os relacionamentos.

Como referem BRACONNIER *et al* (2000:43) “A participação de um adolescente num grupo de jovens da mesma idade é vulgar e poderíamos dizer que absolutamente necessária. A necessidade para o adolescente de estar em grupo responde a necessidades educativas e sociais mas também a motivações intrapsíquicas pessoais”. Os autores referem ainda a preocupação e até a inquietação que provoca nos adultos, ver um adolescente isolado, não inserido noutros grupos de jovens e que restringe o seu círculo de amizades e interações ao núcleo familiar.

Em relação ao modo como o grupo de pares influencia o funcionamento individual são apontadas duas modalidades: informal e normativa. “Na influência informal, os colegas funcionam como fontes de conhecimento sobre padrões comportamentais (...). Na influência normativa, os colegas exercem uma pressão social sobre os adolescentes, no sentido de estes se comportarem de acordo com os padrões seguidos pelos outros elementos do meio a que pertencem” (SPRINTHAL *et al*, 2003:376). Os autores adiantam ainda dois processos sócio-psicológicos relevantes naquela influência: a comparação social e a conformidade; designados pela comparação de comportamentos e capacidades e, consequentemente, a adopção de certo comportamento ou atitude que outros adoptaram.

### 1.5. INTEGRAÇÃO E RITUAIS DE INICIAÇÃO

Como temos vindo a descrever, o processo da adolescência traduz-se num conjunto de movimentos complexos de desligamento da vida infantil e aquisição gradual de níveis de autonomia cada vez maiores. Este processo é acompanhado de importantes transformações (internas e externas) na vida do sujeito, que culminarão na aquisição de um outro estatuto. Ou seja, a integração no mundo dos adultos.

Esta integração, do ponto de vista sociológico, pode designar num micro plano, o modo como os diferentes actores se integram num espaço social comum e num macro plano, o modo como se articulam os diferentes subsistemas sociais (PIRES, 1999). O mesmo autor refere que o conceito de integração pode ser entendido de interacção, na sequência de mudança social e deslocamentos intra-sistemas (ciclo de gerações ou mobilidade social) ou inter-sistemas (por exemplo migrações) e em que os sujeitos participam activa e motivadamente.

É neste contexto, em que o processo de integração se articula com a questão da ordem social e da padronização da vida social, que nos faz sentido integrar o conceito de ritual de iniciação.

Para ELIADE (1999) a iniciação comporta uma tripla revelação: o sagrado, a morte e a sexualidade, sendo que a criança ignora estas experiências. Mas o iniciado vai ter de as aprender, assumir e integrar na sua nova personalidade. De facto, o neófito morre para a sua vida infantil (profana), para renascer numa nova existência (sagrada), e renasce também com a possibilidade de aceder ao conhecimento.

Tal como o iniciado nas sociedades arcaicas é separado da família e se retira na selva, em muitas culturas, numa cabana iniciática, também o adolescente contemporâneo se desliga

progressivamente da família e vai explorando os contextos do grupo, da noite, da “selva urbana”. Tanto num cenário como noutro, as ameaças e os perigos são eminentes, e o desconhecido é constante.

De realçar que, segundo MOREL *et al* (1998), os processos de maturação actuais são mais prolongados no tempo e envolvem mecanismos mais complexos e mais difíceis de identificar, restando ao adolescente a necessidade de dispendir mais tempo como actor do seu próprio percurso e futuro. Se por um lado isto lhe proporciona maior capacidade de escolha e mais liberdade para se realizar, por outro, a responsabilidade individual acrescida coloca-o mais próximo da possibilidade da ocorrência de fracassos. O adolescente encontra-se então sozinho ou quase sozinho com o dever de suportar esta responsabilidade, num período em que está particularmente fragilizado e num contexto cada vez mais hostil.

Este autor refere ainda ser perante esta ansiedade face a um futuro incerto e na ausência (ou escassez) de marcos sólidos oferecidos pela sociedade, que os adolescentes são cada vez mais levados a fabricar eles próprios pseudo-rituais de passagem que, na manifestação do sentimento de existir e pela exploração de novos espaços e novas capacidades, pode levar à adopção de condutas de risco. Comportamentos típicos da idade adulta como o beber, o fumar e o conduzir, por exemplo, tornam-se então como que inevitáveis, mas também dinâmicos e geradores de conhecimento sobre si próprio.

A adolescência constitui assim, um período propício para a experimentação de coisas novas como o álcool e outras drogas, por curiosidade, para se sentirem adultos ou para pertencerem a um grupo. BECK (1987) menciona que são várias as maneiras como os adolescentes podem estar envolvidos com o álcool e outras drogas, que revelam a tendência para se sentirem indestrutíveis e imunes para os problemas vivenciados pelos outros. O uso de álcool ou de tabaco numa idade precoce aumenta o risco do uso de outras drogas. Enquanto, logo depois, da primeira experiência, alguns adolescentes desistem ou continuam a usar ocasionalmente sem ter problemas significativos, outros desenvolverão uma dependência, aumentando o padrão de uso e introduzindo outras drogas, num processo que pode acarretar danos significativos para a saúde e perdas sociais.

## **2. FAMÍLIA**

A família como o primeiro veículo de contacto com o mundo, com toda a sua história de vida, merece, da nossa parte, uma atenção especial. É a partir das relações familiares que estabelecemos as nossas fronteiras de contacto com o meio que nos rodeia.

Podemos afirmar que a família é um grupo de pertença, primário, ligada através de vínculos sanguíneos e onde se estabelecem uma série de laços afectivos e sentimentos. É na família que criamos expectativas, aprendemos valores, ligamo-nos a crenças e costumes. É a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal a que pertence um indivíduo e, igualmente o local onde se vivem um conjunto de experiências fundamentais para a formação da sua personalidade. É no seu seio que desenvolvemos, desde tenra idade, o processo de socialização que facilitará o nosso crescimento psicobiológico, vital para o desenvolvimento pleno das capacidades da pessoa, conduzindo-a à inevitabilidade do benefício de viver em família.

O ciclo natural da vida de uma família é constituído de mudanças constantes que exige transformações funcionais. A família, e os seus subsistemas, necessitam de habilidades específicas para lidar com as mudanças. Ao longo da vida, crianças nascem, crescem, entram na adolescência, tornam-se adultos. Em paralelo, mortes acontecem, doenças, crises financeiras, mudanças de trabalho, divórcios, novas pessoas aderem a essa família por laços de casamento, muda-se de casa, de cidade, etc. As famílias são como “quedas de água” ou “cascatas”, onde persistem os modelos das gerações que mantêm uma estrutura global, mesmo que os indivíduos se movam nelas, nascendo, crescendo e morrendo.

O “mundo” ordenado, cheio de felicidade de certas famílias, pode desmoronar-se com o acontecimento de adversidades. Como consequência, é possível verificar-se a fragilidade de alguns subsistemas. Também é certo que a falência de alguns subsistemas podem levar à construção, ou reconstrução, de laços mais criativos e duradouros.

Para compreender como as famílias “funcionam” nas sociedades contemporâneas é preciso estudar, em profundidade, as interações e relações entre os diferentes subsistemas familiares, tendo como base a adopção de um conceito de família que seja apropriado ao contexto histórico e sócio-cultural do qual elas, as famílias, fazem parte.

## 2.1. DEFINIÇÃO DE FAMÍLIA

Hoje em dia a definição do que é uma família sofreu tal alteração que podemos afirmar que existe, a nível mundial, uma confusão sobre este conceito. Ocorreram várias mudanças sociais, e família é mais que um conceito, a família é o núcleo básico da sociedade o que poderá ter grande influência no estado da sociedade.

ALARCÃO (2002), refere-nos que o mais importante é ver a família “ (...) como um todo, como uma emergência dos seus elementos, o que a torna una e única”.

Acrescenta ainda a mesma autora que a família é um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda, o espaço de vivência de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade (ALARCÃO, 2002).

Das inúmeras definições de família existentes, é necessário que a entendamos como um todo, com sentido de unidade, interrelacionada e interdependente ou seja, de forma holística. Segundo SHANDS *et al* (1995) se no passado o conceito de família era o de família alargada, com o advento da urbanização, a regra passou a ser de família nuclear (pai, mãe e filhos) e, actualmente o conceito de família abrange a família monoparental, a família reconstituída e os casais de homossexuais, entre outros.

É na família que se recebem a maioria dos fundamentos, éticos e morais, necessários para distinguir o que está certo e errado. É igualmente no seio familiar que, por vezes sem nos darmos conta, inconscientemente, absorvemos os ensinamentos mais importantes para o nosso desenvolvimento futuro. Destaca-se neste campo os comportamentos dos nossos pais perante as mais diversas situações e o modo como por eles somos tratados. Proporciona-nos ainda um espaço para viver relações afectivas profundas, relacionadas com os diferentes papéis sociais que desempenhamos que, de certa forma, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e contribuindo para o sentimento de pertença a algo: a família. Nesta perspectiva devemos ter em conta que a pessoa está integrada num grupo ou numa família. Como nos diz

GUIMARÃES (2000), a família constitui a linha da frente da relação humanizada, personalizada e dignificante da pessoa, em qualquer fase da vida e em qualquer idade.

Os especialistas em psicologia dividem as famílias em dois grandes tipos: as funcionais: aquelas em que os seus membros se mostram seguros acerca da sua identidade, possuem auto-estima e comunicam entre si, que segundo FALCÃO (2005) são sistemas permeáveis ou semi-abertos que permitem o intercâmbio, o relacionamento e a troca de informação com o seu meio ambiente; e as disfuncionais, que são compostas por pessoas que se auto limitam, cujas personalidades parecem inibidas. Neste segundo grupo de famílias, muitas vezes, as pessoas parecem subdesenvolvidas apresentando, na maioria dos casos, uma comunicação deficiente ou até inexistente. Quando se expressam surgem, com frequência, comportamentos violentos. Segundo FALCÃO (2005) os padrões disfuncionais a que estas famílias estão sujeitas, não permitem uma adaptação ao contexto social, e a acontecimentos de vida imprevisíveis.

## 2.2. A ESTRUTURA FAMILIAR

MINUCHIN (1981) definiu a estrutura familiar como um conjunto invisível de necessidades funcionais, que organiza o modo como os elementos da família interagem uns com os outros. A partir destas interações, formulam-se regras que vão padronizar as condutas no seio da família.

A estrutura familiar mantém um fluxo bidireccional com a sociedade, e ainda que se modifique, a sua estrutura manter-se-á estável já que se adapta, de forma simples, às mutações sociais. Para ARES (citado por HERRERA, 1997) ao considerarmos a família como um sistema somos levados a deduzir que esta funciona como uma unidade íntegra, que não pode ser reduzida às características dos seus membros isto é, não pode ser vista como uma soma de pessoas mas como um conjunto de interações.

Por outro lado, MORIN (1987) ao definir sistema como uma unidade global organizada de inter-relações entre elementos, acções ou indivíduos, considera que a organização é a disposição de relações entre componentes ou indivíduos que produz uma unidade complexa ou sistema, dotada de qualidades desconhecidas ao nível dos componentes ou indivíduos. Numa palavra a organização é o que garante solidez e durabilidade às inter-relações dentro do sistema, apesar de todas as perturbações aleatórias que este possa sofrer (MORIN, 1987).

Já para MINUCHIN (1981), que igualmente define a família (organização) como um sistema, uma mudança num dos membros provoca necessariamente repercussões sobre todos os membros da célula familiar. A existência de uma doença crónica vai provocar um mal-estar familiar sobretudo devido à mudança progressiva, e por vezes abrupta, do familiar que a pouco e pouco muda de comportamento ou perde capacidades. Se considerarmos o pai como portador dessa doença, o indivíduo que outrora foi um modelo de referência e de imitação, torna-se de repente dependente, levando a uma inversão de papéis entre os filhos e pais, ou por vezes a nível conjugal. Esta situação de crise, provocada pela doença, vai levar as famílias a tomar atitudes de desadaptação, a provocar mudanças que levarão necessariamente a uma adaptação em relação à doença, redefinindo fronteiras e reestruturando funções e atitudes comportamentais (BAYLE, 2002).

Já para FALCÃO (2005), o que acontece com um membro da família afecta a todos e, reciprocamente, o que ocorre à família influencia necessariamente todos os seus membros. A família como um sistema caracteriza-se pela sua totalidade, sendo mais que a soma dos seus membros.

### 2.3. FUNÇÕES E DEVERES DA FAMÍLIA

RODRIGO *et al* (1998) apontam-nos quatro funções e quatro deveres importantes da família. As três primeiras funções são descritas como cenários:

- 1- Onde se constroem pessoas adultas com uma determinada auto-estima e um determinado sentido de si mesmo;
- 2- De preparação, onde se aprende a enfrentar desafios, assim como assumir responsabilidades e compromissos que orientam os adultos na direcção de uma dimensão produtiva, plena de realizações e projectos integrados no meio social;
- 3- De encontro entre gerações, onde os adultos ampliam o seu horizonte vital formando uma ponte na direcção do passado (geração dos avós) e outra na direcção do futuro (a geração dos filhos). O "material" principal para a construção e comunicação entre as gerações é, de um lado o afecto e do outro, os valores que regem a vida dos membros da família e que servem de inspiração e guia para as suas acções;

4- A quarta função da família é descrita como uma rede de apoio social para as diversas transições vitais que o adulto deverá realizar: busca de parceiro, de trabalho, de moradia, de novas relações sociais, aposentadoria, velhice, etc.

Como deveres básicos da família são colocados:

1- Assegurar a sobrevivência dos filhos, o seu crescimento saudável e sua socialização dentro dos comportamentos básicos de comunicação, diálogo e simbolização. Essa função vai mais além, estendendo-se aos aspectos que permitem transformar um ser humano biológico num ser psicológico;

2- Oferecer aos filhos um clima de afecto e apoio, sem os quais o desenvolvimento psicológico saudável não é possível;

3- Oferecer aos filhos a estimulação necessária para transformá-los em seres com capacidade para se relacionarem competentemente com o seu meio físico e social, assim como para responder às exigências necessárias à sua adaptação ao mundo no qual lhes toca viver;

4- Tomar decisões quanto à abertura a outros contextos educativos que compartilharão com a família a tarefa da educação das crianças.

Estas autoras dizem-nos ainda que estas funções e deveres da família decorrem necessariamente da definição e função de ser Pai, que, do seu ponto de vista, significa:

1- Pôr em andamento um projecto vital educativo que supõe um longo processo e que se inicia com a transição à parentalidade, continua com as actividades de criação e socialização dos filhos pequenos e posteriormente com o sustento e apoio deles durante a adolescência, e até depois dela;

2- Introduzir-se numa intensa implicação pessoal e emocional que traz uma nova dimensão;

3- Preencher de conteúdo esse projecto educativo durante todo o processo de criação e educação dos filhos.

## 2.4. A RUPTURA FAMILIAR

Fazer parte de uma família no mundo urbano ocidental até ao fim da II Guerra Mundial significava estar submetido a um sistema rigoroso de controlo fundamentado na autoridade paterna. Este modelo de família reproduzia um modelo de sociedade marcada pelo signo da



moral e da tradição. As instituições sociais anunciavam-se como construções absolutas, demarcando espaços muitos bem definidos onde o indivíduo podia caminhar. Este contexto anunciava uma ordem masculina e adulta, tendo o pai como símbolo.

Neste modelo de família, a dinâmica das relações inscrevia-se num espaço de pouca mobilidade. Os filhos cresciam e tornavam-se homens iguais ao pai. As filhas cresciam, casavam com o homem escolhido pelo pai e tinham que se submeter a ele da mesma forma que se submetiam ao seu progenitor. Naturalmente, numa família que se organizava nestes padrões não existiam grandes conflitos familiares (entre pais e filhos ou entre marido e mulher). Não havia espaço para perguntas. Não que não existissem insatisfações, mas a inscrição hegemónica do poder paterno fazia silenciar as vozes de contestação.

Com as alterações na sociedade, o crescimento das desigualdades sociais, o aumento da criminalidade, o sofrimento, a miséria e a fome, o mundo masculino, adulto e racional começa a mostrar as suas “falhas” e as instituições e valores passam a ser questionados. No início dos anos 60, prolifera-se pelo mundo ocidental, entre as camadas médias urbanas, uma série de movimentos de contestação a esta ordem. Dentro deste contexto, muitos foram os grupos que participaram activamente, destacando-se dois: os jovens e as mulheres.

Entre os jovens dois caminhos foram trilhados: um ligado aos movimentos políticos estudantis, que propunha a tomada de poder e a transformação da sociedade; o outro de natureza existencial, não propunha mudar a sociedade, mas criar uma nova forma de viver dentro da antiga ordem. Estes movimentos possibilitaram aos jovens anunciar as suas vozes como em nenhum outro momento da história. Este contexto assinalou uma ruptura irreversível com o modelo de autoridade patriarcal que dominava o ambiente familiar na época.

Outro acontecimento importante foi o movimento de emancipação das mulheres. Numa sociedade dominada pelos homens, os lugares reservados para as mulheres eram muito restritos. Os papéis de mãe, de esposa foram sendo relegados para segundo plano e as mulheres foram ganhando novos espaços e maiores direitos de cidadania. A conquista mais significativa desta luta foi o acesso ao mercado de trabalho, posto que possibilitou sair do lugar de total dependência do mundo dos homens. Esta transformação teve um papel decisivo na ruptura com um dos maiores símbolos da sociedade da época: o casamento.

Estes movimentos representam, em nosso entender, os principais alicerces para a destruição de todo um modelo familiar. Actualmente vivemos um contexto marcado pela destruição das referências simbólicas que sustentaram o discurso da modernidade. A família não se organiza em torno de um casamento que se anuncia como eterno. Constitui um espaço múltiplo e provisório, pois da elevada taxa de divórcios e novos casamentos, as características das famílias mudaram consideravelmente, e conseqüentemente o número de famílias de que vamos fazendo parte aumenta.

Não chegamos ao ponto de dizer que o modelo de família nuclear, monolítica, patriarcal terminou. Não significa que a família vá desaparecer. O que está a mudar é a concepção de família.

É neste contexto que ACKERMAN (1986) afirma que é comum a tendência ao afastamento de famílias das funções tradicionais de trabalho, religião, cuidado ao doente, educação. Do mesmo modo a sociedade reconhece a maior mobilidade da família, a tendência ao colapso familiar, o aumento do divórcio, a mudança na moral sexual e as ondas periódicas de delinquência. (ACKERMAN, 1986).

## 2.5. FAMÍLIA FUNCIONAL VERSUS FAMÍLIA DISFUNCIONAL

A palavra disfuncional foi decalcada directamente da palavra inglesa “disfunctional”. Por disfuncional<sup>1</sup> entende-se algo que não funciona ou o seu funcionamento é limitado e anormal<sup>2</sup>.

Uma família disfuncional vive, como todas as outras, debaixo do mesmo tecto, entram e saem pela mesma porta e todos, de forma passiva ou activa, contribuem para que a estrutura familiar se “alague” de problemas emocionais e psicológicos que a desgastam e a vão debilitando, fazendo com que esta se dirija ao colapso. Segundo CONTRERAS<sup>3</sup>, especialista em aconselhamento familiar que estudou, durante muitos anos, o fenómeno do disfuncional nas famílias, a característica mais saliente, mais visível, de uma família disfuncional é a

---

<sup>1</sup> Por contraponto à definição de funcional constante do Dicionário de Língua Portuguesa On-Line: “ (...) relativo a uma função ou um conjunto de funções; prático; que se usa facilmente; cómodo; pronto para entrar em funcionamento” (2006).

<sup>2</sup> “Que se afasta da norma; que faz excepção; anómalo; irregular (...)” Dicionário de Língua Portuguesa, 1976)

<sup>3</sup> Disponível em <http://www.teletica.com/archivo/buendia/semanal/familia.htm>

presença de uma situação crónica de dependência ou co-dependência. O dependente, independentemente do seu lugar e importância no seio familiar, é o que evidencia a prática de algum mau hábito e o co-dependente é o que na sua tentativa de recuperar o dependente através da sua conduta, agrava e prolonga o problema.

Encontramo-nos assim, perante uma situação parasitária em que um dos elementos da família se “alimenta” dos esforços emocionais e físicos do outro. A extensão desta relação por vários anos vai envolver toda a família, chegando os restantes elementos, pela sua convivência diária, a habituarem-se a viver com ela ao ponto de a acharem perfeitamente normal. Porque as situações vividas ganham contornos importantes nas vidas dos elementos, principalmente do dependente e do co-dependente, a quebra da relação leva-os a procurar outros elementos onde prossigam a relação que vinham desenvolvendo.

Um exemplo típico de um problema que leva à disfuncionalidade entre as famílias é o alcoolismo. O co-dependente, embora não beba, contribui de várias formas, na maioria das vezes inconscientemente, para o desenvolvimento da disfuncionalidade. Por exemplo, quando lhe dá dinheiro sabendo que o vai gastar em álcool. A relação disfuncional irá agravar-se até ao ponto de o co-dependente justificar o comportamento do dependente, atribuindo as culpas ao álcool. Torna-se comum ouvir do co-dependente certas palavras: “ele não é assim é o álcool que o transforma”, culpando a bebida de tudo e tentando proteger o seu familiar.

Com o passar do tempo o temor vai-se apoderando do co-dependente, vítima desta relação. Nalguns casos porque teme abusos físicos (acontecimento usual quando se trata um sub-sistema conjugal), noutras casos que mais alguém se inteire do que está a acontecer, embora o problema seja conhecido de todos.

Ainda que todas as famílias tenham problemas, é o modo de agir perante o problema a grande diferença entre uma família funcional e uma família disfuncional. Segundo BARKER (2000) independentemente do tipo de família apresentado é possível que para cada categoria haja um intervalo de funcionamento “normal”. É provável que todas estas pretendam, explícita ou implicitamente, responder às necessidades dos seus elementos, embora varie o que se considera como tal.

Os problemas podem ser relacionados com o trabalho, por envolver problemas económicos ou mudança de local, envolver problemas sexuais, a confusão que durante períodos de vida “reina” na cabeça dos adolescentes, problemas psicológicos de um determinado membro da

família, o envelhecimento ou em caso extremo até a morte de um dos elementos da família. Quanto à percepção do problema pela família oferece-nos dizer que na opinião de ATKINSON *et al* (1989), mesmo sendo importante a natureza de um acontecimento não é capaz, por si só, de produzir uma crise. A crise é o resultado da superação de todos os recursos familiares disponíveis, de uma visão ou percepção negativa do problema e da falta de suporte externo adequado.

À vista de tais vicissitudes, ter uma família equilibrada e feliz depende acima de tudo de uma comunicação íntegra e aberta. Uma família funcional não ignora um problema quando surge e é consciente de qualquer conflito que tenha acontecido e não tenha sido bem resolvido.

Quando há discussões, diferenças de opinião ou outro tipo de problemas numa família e cada membro ouve os demais respeitosamente, existe a liberdade individual de colaborar para atingir um ambiente tranquilo na busca da melhor solução. Os mais jovens e mais inexperientes, são deste modo ajudados a crescer, tornando-se adultos com personalidade vincada, seguros de si e com capacidade de expressar sinceramente os seus sentimentos e pensamentos, sendo de uma maneira geral otimistas quanto ao seu futuro e de enorme resistência perante adversidades.

Se uma família funcional se define como aquela em que os seus membros têm boa saúde física, mental, emocional e espiritual, a família disfuncional é aquela onde se registam as características opostas.

## 2.6. INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

A família, como lugar de aprendizagem, de pertença, de amor e de segurança, oferece-nos as maiores oportunidades de desenvolvimento das nossas capacidades pessoais. A família é, portanto, um lugar de crescimento que nos permite explorar o mundo desde que somos pequenos.

Quando um menino vive situações que lhe provocam raiva, medo ou tristeza, a família ajuda a que estas vivências difíceis se integrem no seu processo de desenvolvimento e fortaleçam a sua personalidade. Nestas ocasiões, a criança necessita, mais do que nunca, de ser levada a sério e sentir-se acolhida por uma família.

Assim, a família desempenha um papel fundamental no crescimento das crianças. Neste processo os pais dão e também recebem. Eles dão segurança interior aos seus filhos ao entregarem calor afectivo e a sensação de que são úteis e valiosos, no entanto também são recompensados quando sentem a satisfação de os verem crescer e aprender coisas novas.

As crianças, durante o seu processo normal de crescimento, devem enfrentar problemas que podem acontecer na área da educação, na diferenciação e independência do resto dos membros da família, da pressão do grupo social, do desenvolvimento da sua identidade sexual, etc., todos eles influenciam de uma maneira ou outra a consolidação dos traços de personalidade.

Algumas vezes, as más relações no lar fazem com que as crianças vivam uma história de hostilidade que os impulsionam a actuar exactamente de forma contrária ao que os pais esperam deles e têm comportamentos de auto-agressão e auto-destruição para fazerem com que a família se sinta culpada pelo fracasso das suas próprias acções (ROMERO *et al*, 1997).

## 2.7. FAMÍLIAS EXPOSTAS A RISCOS

Actualmente existem milhares de famílias afectadas por inúmeras dificuldades que põem em perigo a sua capacidade de funcionamento e instinto de sobrevivência, vêm-se submetidas a uma pressão intensa da doença, da guerra, da violência, problemas do meio ambiente e outros; pressões que causam graves estragos na família tanto nos países desenvolvidos como nos em vias de desenvolvimento. Desta forma, as NAÇÕES UNIDAS (1996) propuseram o conceito de famílias expostas a riscos que diz respeito às famílias incapazes de cumprir as funções básicas de produção, reprodução e socialização. Estas famílias não satisfazem as necessidades básicas dos seus membros em aspectos tais como a saúde, a nutrição, a habitação, a atenção física e emocional e o desenvolvimento pessoal. Alguns factores de risco têm a sua origem na própria família. Entre eles figuram a violência doméstica, a adicção a drogas e ao álcool, o maltrato e o abandono das crianças e o abuso sexual, etc.

Como podemos verificar, há uma relação directa entre o comportamento do adolescente e a sua família, sendo que a relação que os jovens da actualidade têm com a geração anterior, e em particular com as suas famílias, é cada vez mais frágil. A adaptação dos jovens à sociedade deixou de ser uma simples transmissão de atitudes e valores aceites por todos.

A vida de todas as pessoas é determinada por normas e valores culturais e pela interacção social. No centro deste processo encontra-se a família, a qual fornece a carga afectiva que levará o jovem a adaptar-se às condicionantes sociais. Por outro lado, observa-se que as grandes transformações que têm lugar tanto dentro como fora da família, conjugada com a maturidade social dos jovens e o surgimento de uma cultura de juventude, têm diminuído a capacidade da família para influenciar o processo de adaptação social. Assim a escola, o grupo de pares e a televisão competem com a família na função de adaptação do jovem à sociedade (HUERTA, 1999).

Existe uma série de problemas sociais cuja incidência é muito notória nos adolescentes e que afecta a integridade do grupo familiar: a gravidez na adolescência, o abandono escolar, a violência doméstica, a toxicodependência, etc.

Habitualmente consideramos que estas condutas problemáticas que afectam o projecto vital dos jovens têm um efeito cumulativo. Estes problemas caracterizam-se por graves dificuldades que impedem que o indivíduo desenvolva as suas potencialidades como pessoa na sociedade (trabalho, família, cidadania). Estas dificuldades afectam tanto o presente como o futuro pessoal do jovem, restringindo as suas capacidades e os seus horizontes de oportunidades. O dano é primeiramente um processo de deterioração pessoal, que tem origem social e que deriva da permanência do indivíduo num ambiente conflituoso ou “carenciado”. É importante referir que o risco juvenil existe em todas as classes sociais, no entanto a pobreza aumenta a vulnerabilidade dado existirem menos recursos e menor protecção perante as situações de risco.

## 2.8. O AMBIENTE FAMILIAR NOCIVO

A família pode apresentar ambiente nocivo quando, mesmo que involuntariamente, não cumpre o seu papel; as relações entre os seus membros são inadequadas; não transmite afecto ou transmite-o de forma errada; a falta de cultura e de inteligência ou a pobreza, não permitem que a criança e posterior adolescente se adapte; os problemas psicológicos, o alcoolismo, a inadaptação social do pai, mãe ou irmãos são para a criança uma fonte de profundas perturbações (DOT, 1988).

Se a família se formou desadequadamente, com frequência sofre crises e aparentemente desintegra-se. Nestas crises, em que já não existe interesse familiar comum, a dinâmica torna-

se tóxica e “venenosa”, insuflando todo o ressentimento produzido pelo carinho não satisfeito ou atenções não correspondidas. Cada um dos membros tem um forte sentimento de zelo devido à dedicação que tem a adaptar-se a uma nova dinâmica familiar ou a outras relações.

Neste estado, a concentração dos membros da família para pensarem no desenvolvimento ou programarem o futuro do jovem, ou de algum dos outros membros é mínima, uma vez que a energia vital se encontra concentrada num permanente estado de defesa, o que impossibilita o indivíduo de se desenvolver e o remete para um estado de apatia. Algumas situações familiares são claramente desfavoráveis e perigosas para a sociabilização das crianças e adolescentes, entre eles a violência doméstica, a falta de recursos materiais para assegurar o sustento quotidiano, a ausência de laços estáveis e solidários com outras pessoas, o alheamento social, o autoritarismo patriarcal tradicional, etc.

## 2.9. A DINÂMICA FAMILIAR

Geralmente sabe-se que as crianças se desenvolvem bem quando crescem no seio de uma família saudável, assim designada por funcionar como um sistema aberto, com regras e papéis apropriados a cada situação, onde os seus membros comunicam, tolerando as diferenças individuais, o que favorece a coesão e promove o crescimento. (OLSON *et al*, 1983; HUERTA, 1999)

Entre os vários aspectos ambientais que contribuem para que a família viva saudavelmente, citaremos três que sobressaem da dinâmica familiar. Em primeiro lugar as relações interpessoais favoráveis entre os membros da família impulsionam a criança a desenvolver-se psicologicamente no exterior e a orientar-se perante as outras pessoas. Em segundo temos os estados emocionais da família, que são fundamentais na hora de compreender o desenvolvimento psíquico da criança e o equilíbrio da sua personalidade. Como se sabe, a rejeição ou a separação dos pais conduz a importantes transtornos da personalidade do indivíduo, a traumatismos psíquicos que poderão deixar marcas na sua personalidade; pelo contrário, a satisfação emocional contribui para o equilíbrio da personalidade da criança e ao mesmo tempo fomenta o seu desenvolvimento psicofísico. Em terceiro lugar os métodos de educação das crianças, a pedagogia dos pais, etc. (GUERRA, 1992)

A família tem então como objectivo a socialização das novas gerações, sendo o agente transmissor das oportunidades e expectativas de vida. A transmissão das normas, valores e

identidades começa e define-se nas relações familiares, com as suas tensões, mensagens contraditórias e controlos. A família é também o meio onde se partilham preocupações e afectos. No processo de formação da personalidade do indivíduo, as experiências vividas em meio familiar combinam-se com outras e com as relações sociais, de maneira complementar ou contraditória. Para além disto as diferenças que derivam da classe social e nível económico dotam as famílias de capacidades diferenciadas para promoção de uma socialização que permita ao indivíduo uma vida plena, e com ela uma preparação para a democracia intrafamiliar e social (ONU, 1994).



### **3. OS FACTORES DE RISCO E PROTECÇÃO FAMILIAR**

#### **3.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS FACTORES DE RISCO**

Entende-se por factor de risco “um atributo e/ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que incrementa a probabilidade do uso e/ou o abuso de drogas (início) ou uma transição do nível de implicação com as mesmas (manutenção) ” (CLAYTON, 1992, p. 15). Um factor de protecção é “um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade do uso e/ou o abuso de drogas ou a transição no nível de implicação com as mesmas” (CLAYTON, 1992, p. 16).

No que diz respeito aos factores de risco para o consumo de drogas, existem pressupostos básicos que caracterizam a investigação, tais como: 1) um simples factor de risco pode ter múltiplos resultados, 2) vários factores de risco ou de protecção podem originar um único resultado, 3) o abuso de drogas pode ter um efeito importante nos factores de risco e de protecção, e 4) a relação que os factores de risco e de protecção têm entre si e as transições no consumo de drogas podem ser influenciadas de maneira significativa pelos acontecimentos característicos da idade.

CLAYTON (1992) enumera de forma genérica os seguintes factores de risco para o consumo de drogas: ter problemas económicos, ser filho de pais com problemas de abuso de drogas, ser vítima de abuso físico, sexual ou psicológico, ser jovem sem abrigo, abandonar precocemente a escola, engravidar na juventude, praticar actos delinquentes e/ou violentos durante a juventude, ter problemas de saúde mental, tentar cometer suicídio na juventude. Este autor refere que vários destes factores se referem ao papel da família.

A revisão de HAWKINS *et al* (1992) é a referência mais importante acerca dos factores de risco e protecção, que mais tarde foram classificados de modo semelhante por PETERSON *et*

al (1992). Mais recentemente destacam-se as classificações de POLLARD *et al* (1997), MONCADA (1997) e MUÑOZ-RIVAS *et al* (2000).

Como síntese, a tabela seguinte apresenta os factores de risco e protecção propostos pelos autores mencionados, que se estudaram e surgiram como significativos nos distintos estudos realizados sobre esta questão.

Tabela 1 - Factores de registo familiar ou relacionados com a família para explicar o uso e abuso de drogas

HAWKINS <i>et al</i> (1992)	<p>*O uso de álcool e drogas por parte dos pais e atitudes positivas perante o uso de drogas</p> <p>*Pobres ou inconsistentes práticas de controlo familiar</p> <p>*Conflito familiar</p> <p>*Baixa coesão familiar</p>
PETTERSON <i>et al</i> (1992)	<p>*<u>Uma história familiar de alcoolismo</u>. Se a criança nasceu ou foi criada numa família com uma história de alcoolismo, o risco de ter problemas com o álcool ou com outras drogas é mais elevado.</p> <p>*<u>Problemas de controlo da família</u>. Estratégias de controlo familiar inadequadas, incluindo carência de claras expectativas de conduta adequada, o fracasso dos pais em controlar os seus filhos e castigo excessivamente severo ou inconsistente aumentam o risco de abuso de drogas.</p> <p>*<u>O uso de drogas pelos pais e atitudes positivas perante o seu uso</u>. Nas famílias em que os pais utilizam abusivamente álcool ou drogas ilegais, são tolerantes com o consumo dos seus filhos ou implicam os seus filhos na sua própria conduta de consumo, é mais provável que os filhos abusem de drogas e álcool na adolescência.</p>
MONCADA (1997)	<p>Factores do risco do indivíduo e suas relações com um ambiente familiar:</p> <p>*História familiar de alcoolismo</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Estilo educativo</li> <li>*Atitudes e modelos de conduta por parte dos pais</li> <li>*Conflitos familiares</li> </ul>
POLLARD <i>et al</i> (1997)	<p>Factores de risco familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Pobre supervisão familiar</li> <li>*Pobre disciplina familiar</li> <li>*Conflito familiar</li> <li>*História familiar de conduta antissocial</li> <li>*Atitudes parentais favoráveis à conduta antissocial</li> <li>*Atitudes parentais favoráveis ao consumo de drogas</li> </ul> <p>Factores de protecção familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Coesão familiar</li> <li>*Oportunidades para a implicação na família</li> <li>*Reforços devidos à implicação na família</li> </ul>
MUÑOZ- RIVAS <i>et al</i> (2000)	<p>Factores de socialização (factores familiares):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Estrutura e composição familiar</li> <li>*Estatuto socioeconómico familiar</li> <li>*Disciplina familiar</li> <li>*Relações afectivas e comunicação</li> <li>*Atitudes e condutas familiares perante o consumo de drogas</li> </ul>

### 3.2. FACTORES DE RISCO E PROTECÇÃO FAMILIAR

Os estilos de educação parental afectam o desenvolvimento da personalidade e o consumo de drogas (BAUMRIND, 1983). HAWKINS *et al* (1992) resumem este facto indicando que o risco de abuso de drogas aumenta quando as práticas de controlo da família se caracterizam

por expectativas pouco claras quanto à conduta adequada, escasso controlo e seguimento das suas condutas, poucos ou inconsistentes reforços por uma conduta positiva e castigos excessivamente severos e inconsistentes para uma conduta não desejada.

Outro factor de risco é o conflito familiar. Quando há uma situação de conflito ou ruptura familiar, o risco é mais elevado tanto para condutas delinquentes como para as condutas de uso de drogas.

O quarto factor de risco familiar que se considera no trabalho de HAWKINS *et al* (1992) é a baixa coesão da família. Quando dentro de uma família as relações entre os pais e os filhos necessitam de proximidade e a mãe não se implica nas actividades dos mesmos, aumenta o risco do uso de drogas. Pelo contrário, quando as relações familiares são positivas, com implicação e coesão, constitui-se um factor de protecção para consumo de drogas. Assim, a coesão da família converte-se numa variável de grande relevância uma vez que a mesma se relaciona com outros factores familiares (por exemplo: o conflito familiar). Uma boa coesão familiar pode influenciar outros factores de risco, especialmente se através da família o indivíduo interiorizou certos valores e normas que o levarão a recusar a substância ou, simplesmente, à sua não procura.

PETTERSON *et al* (1992) consideram que há três factores de risco familiar fundamentais: uma história familiar de alcoolismo, problemas no controlo familiar e o uso de drogas e atitudes positivas perante estas por parte dos pais.

No diz respeito à história familiar de alcoolismo, se a criança nasceu ou foi criada numa família com uma história de alcoolismo, o risco de ter problemas com o álcool ou outras drogas aumenta.

As estratégias de controlo da família inadequadas, incluindo carência de claras expectativas no que diz respeito à conduta, fracasso dos pais em controlar os seus filhos e castigos excessivamente severos ou inconsistentes aumentam o risco de consumir drogas.

Finalmente o uso de drogas por parte dos pais e atitude positiva perante o seu uso é outro factor de risco. Nas famílias em que os pais utilizam abusivamente de álcool ou outras drogas ilegais, são tolerantes com o consumo dos seus filhos ou implicam os seus filhos na sua própria conduta de consumo, é mais provável que os filhos usem drogas e álcool na adolescência.

POLLARD *et al* (1997) elaboraram um questionário para avaliar os factores de risco e protecção, através do qual apresentaram os factores que consideraram mais relevantes, tendo-os dividido em quatro domínios: comunidade, escola, família e individual-pares. Os factores de risco da comunidade são: baixo sentimento de pertença na criança, desorganização comunitária, leis e normas favoráveis ao uso de drogas e disponibilidade percebida de drogas e armas de fogo. Neste domínio os factores de protecção são os reforços devidos à sua implicação na comunidade e oportunidades para que essa implicação aconteça. No domínio escolar há factores de risco tais como o baixo rendimento académico e o baixo grau de compromisso com a escola. Ainda ao nível escolar, os factores de protecção relacionam-se com as oportunidades para a implicação na escola e os reforços devidos a esta mesma implicação. Dentro do domínio familiar, os factores de risco são a baixa ou pobre supervisão familiar, a escassa ou baixa disciplina familiar, o conflito familiar, a história familiar de conduta antissocial, as atitudes parentais favoráveis à conduta antissocial e as atitudes dos pais favoráveis ao consumo de drogas. Como factor de protecção, neste âmbito, aparecem a coesão familiar, as oportunidades para a implicação familiar e os reforços devidos a essa mesma implicação. Finalmente no domínio individual e dos pares, os factores de risco que se consideram ser mais importantes são a rebeldia, o início precoce na conduta antissocial, as atitudes favoráveis a uma conduta antissocial, as atitudes favoráveis ao uso de drogas, a conduta antissocial dos pares, o uso de drogas pelos pares, o reforço por parte dos pares por uma conduta antissocial, a busca de sensações e a recusa do indivíduo pelos pares. Como factores de protecção encontra-se a religiosidade, a crença na ordem moral, as habilidades sociais e o apego aos pares.

Como vemos, existe um amplo conjunto de factores de risco, maior que os de protecção. A nível familiar, os factores que foram avaliados no questionário de POLLARD *et al* (1997) são os que aparecem como mais importantes na literatura científica. Os seus resultados mostram a complexidade que encontramos para explicar o consumo de drogas, de tal maneira que se há vários factores de risco e nenhum de protecção a probabilidade do consumo de drogas aumenta claramente, no entanto se estão presentes vários factores de risco e, ao mesmo tempo, vários de protecção, a relação torna-se mais complexa e o consumo de drogas vai depender da relevância dos factores de risco e protecção considerados separadamente. Isto acontece porque, apesar de em teoria os factores de risco e protecção terem o mesmo peso, na

prática é evidente que alguns são mais relevantes que outros. Além disso, alguns factores interagem entre si e estabelecem prioridades e precedências.

MONCADA (1997) classifica os factores de risco e protecção em duas grandes categorias: os factores de risco ambientais e os factores de risco do indivíduo e suas relações com o ambiente. Dentro destas avaliam-se as características que têm a ver com o indivíduo e as relações pessoais que este estabelece com a sua família e com outros grupos com que se relaciona. Dos factores de tipo familiar consideram-se quatro essenciais: a história familiar de alcoolismo, o estilo educativo, as atitudes e modelos de conduta por parte dos pais, e os conflitos familiares. A história familiar de alcoolismo encontra-se frequentemente em diversos estudos. O estilo educativo, tal como nos apresenta BAUMRIND (1983), é de grande relevância para o consumo ou não consumo de drogas na vida posterior do adolescente. No que diz respeito às atitudes e modelos de conduta por parte dos pais estes relacionam-se com o consumo de drogas, especialmente perante os seus filhos, nomeadamente no que diz respeito à tolerância que mostram perante as substâncias psicoactivas. Por outro lado, os conflitos familiares, especialmente quando estão associados à fraca coesão entre os pais ou entre pais e filhos, são factores de riscos bastante expressivos para o uso de drogas.

Mais recentemente MUÑOZ-RIVAS *et al* (2000) fizeram uma revisão dos factores de risco e protecção agrupando-os em ambientais/contextuais, individuais (genéticos, biológico-evolutivos e psicológicos) e de socialização. Dentro dos factores de socialização incluem-se os factores familiares, os factores relacionados com a influência do grupo de pares e os factores escolares. Relativamente aos factores familiares encontram-se especificamente cinco pontos a considerar: a estrutura e composição familiar, o estatuto sócio-económico familiar, a disciplina familiar, as relações afectivas e de comunicação e as atitudes e condutas familiares perante o consumo de drogas.

Na estrutura e composição familiar as investigações mostram que a carência de um dos pais, em muitos casos devido ao divórcio, apenas tem influência no maior consumo de drogas quando os jovens passam a viver apenas com a sua mãe. Quando o jovem vive junto da sua mãe e de outro adulto a possibilidade de consumir diminui. No caso de pais divorciados a maior incidência do consumo aparece nos filhos varões, sobretudo se o divórcio coincide com a adolescência da criança. Curiosamente o novo matrimónio de um dos pais incrementa a probabilidade de consumo de substâncias por parte das filhas, o que não acontece por parte

dos filhos varões. O que as investigações nos apontam como um dado adquirido é que a estabilidade familiar é um factor de protecção para consumo de drogas (RUIZ *et al*, 1994).

No que diz respeito à composição familiar, ao tamanho da família, à ordem de nascimento dos filhos e ao número de irmãos dentro da família, MUÑOZ-RIVAS *et al* (2000) concluem que ter irmãos, especialmente irmãos mais velhos, exerce um certo efeito protector sobre o consumo de tabaco, álcool e drogas ilegais. Ainda assim parece que são outras variáveis, tais como os conflitos familiar, coesão, as características mais relevantes para explicar o consumo pelos irmãos e a ordem que estabelece entre estes.

Relativamente ao estatuto sócio-económico familiar, dos estudos analisados verificou-se que o maior consumo de álcool nos jovens está associado a um maior nível de estudos e, provavelmente, a um maior nível sócio-económico dos pais (RÉCIO *et al*, 1991). Pelo contrário, os filhos de pais desempregados ou com trabalhos temporários apresentam um elevado consumo de drogas (RUIZ *et al*, 1994). Estes dados reflectem, provavelmente, que a maior disponibilidade de dinheiro facilita a acessibilidade às substâncias e, por outra, que os problemas económicos, afectivos e de outro tipo, aumentam o consumo de substâncias, como uma forma de fuga aos problemas.

No que concerne à disciplina familiar encontrou-se que a inconsistência na aplicação de princípios de reforço, a ausência de implicação maternal nas condutas dos seus filhos, a inconsistência de uma disciplina parental e as baixas aspirações dos pais, são factores que facilitam o consumo de drogas ou, pelo menos, o início dos mesmos. Noutros estudos encontrou-se que a mãe exerce um papel de grande relevância na história de consumos da criança (BAUMRIND, 1975, 1983) e que, tal como já vimos previamente, o papel da mãe vai afectar o funcionamento dos seus filhos e a maior ou menor probabilidade de que se iniciem no consumo de substâncias psicoactivas.

No que diz respeito às relações afectivas e de comunicação diversos estudos têm analisado aspectos como o afecto e vinculação afectiva pais – filhos, a comunicação familiar, a coesão familiar e o conflito familiar. No diz respeito ao afecto sabemos que esta característica é de grande relevância para a estabilidade da pessoa. O consumo de drogas é dos elementos que nos pode indicar uma má relação afectiva entre os pais e os filhos. A vinculação afectiva seria, portanto, um factor de protecção. Ao mesmo tempo, quando há uma boa vinculação afectiva, há também comportamentos adequados por parte da criança, o que constitui um bom grau de reforços e gratificações dentro da família. (PONS *et al*, 1996).

Outra variável importante é a comunicação familiar, à qual se a atribui máxima importância no período da adolescência. Quando esta comunicação é deficiente, surgem problemas tanto no que se refere ao consumo de drogas como a outros problemas de conduta. Os estudos sobre coesão familiar vão na mesma direcção da análise realizada sobre a comunicação familiar, como tal, uma boa coesão familiar é um factor de protecção para o consumo de drogas. No outro extremo, os conflitos familiares são um factor que facilita o consumo de drogas nos adolescentes (BERKOWITZ *et al*, 1986).

Dentro das atitudes e condutas familiares perante o consumo de drogas é evidente que uma atitude mais favorável e uma conduta de consumo por parte dos pais vão corresponder ao maior consumo de drogas dos seus filhos devido, tanto ao processo de socialização como aos processos de modelagem que ocorrem na aprendizagem. Assim, vários estudos consideraram que o consumo de drogas por parte dos pais está associado ao consumo de drogas por parte dos filhos. Por outro lado, quando os pais não consomem, associado a uma boa estabilidade emocional, os filhos têm uma menor tendência para consumir (BROOK *et al*, 1990). Outro factor que se destaca é a maior influência que a mãe tem face ao pai, em certo modo por ser ela que tem mais peso na educação dos filhos. Finalmente, alguns estudos encontraram que as atitudes permissivas dos pais perante o consumo, mais que o consumo real por parte destes, são um factor que explica o consumo de drogas pelos filhos. Assim, a tolerância dos pais perante o consumo de drogas é um claro o factor de risco.

MUÑOZ-RIVAS *et al* (2000), depois de uma revisão exaustiva, concluíram que os distintos factores relacionados com o início precoce e posterior abuso de drogas está relacionado com: normas sociais tolerantes ao consumo de álcool e outras drogas ou de comportamentos desviantes; o maior acesso a substâncias aditivas ou a sua disponibilidade para um consumo indiscriminado; uma situação de fraco poder económico; a residência em bairros com carências de recursos ou serviços públicos, com alta densidade populacional e/ou com altas percentagens de delinquência e marginalidade; pertencer a famílias com um historial prévio de consumo de álcool e outras drogas; iniciar-se numa idade precoce no consumo de substâncias; um baixo nível de satisfação pessoal no início do consumo e uma alta-frequência de transtornos do humor; a presença na infância ou na adolescência de traços de personalidade que incluam agressividade, alheamento social, personalidade depressiva, impulsividade, introversão e desadaptação social, uma baixa resistência à frustração e busca constante de emoções, satisfações e aventuras; a presença na infância de problemas de conduta de carácter



anti-social e transtornos tais como a hiperactividade ou transtornos por défice de atenção; ter atitudes permissivas para o consumo de substâncias ou para o perigo que estas podem constituir; a ausência de valores ético-morais; o predomínio de valores pessoais na ausência de valores pro-sociais e tradicionais (religião); uma alta tolerância ao desvio; uma forte necessidade de independência; a ausência de normas e uma escassa interiorização das regras sociais de auto-restrição de impulsos; pertencer a famílias uni-parentais; ser filho de trabalhadores pouco qualificados ou desempregados; a existência de estilos de controlo familiar inconsistentes com expectativas pouco claras para a conduta desejada e ausência de reforço adequado à mesma; um estilo familiar autoritário ou permissivo; ausência de ligação entre pais e filhos e relações afectivas deterioradas ou inconsistentes; uma comunicação familiar pobre ou inexistente; o convívio em lugares marcados por altos níveis de conflito (por exemplo frequentes disputas matrimoniais, violência entre membros da família); o uso de drogas por parte dos pais, as atitudes permissivas no que respeita às substâncias; a associação a companheiros consumidores de drogas, a forte implicação emocional ao grupo de pares; a identificação com grupos não convencionais; e, o fracasso escolar, o baixo rendimento escolar ou o abandono precoce da escola.

Em suma, os factores familiares são de grande relevância, não só por incidirem directamente nos factores de risco e protecção, como também por incidirem indirectamente nos outros factores relacionados com o indivíduo e com o contexto que podem facilitar o consumo.

De seguida serão expostos os factores de risco para o abuso de substâncias propostos por PETERSON *et al* (1992).

#### Factores de risco da comunidade:

\*Fraco poder económico-social: crianças que vivam em ambientes deteriorados e em bairros relacionados com o crime têm mais probabilidade de terem condutas delinquentes e, mais tarde, terem problemas com drogas;

\*Baixa coesão na criança e desorganização comunitária: muitos problemas de drogas ocorrem com comunidades ou bairros onde as pessoas têm uma baixa coesão à comunidade, onde há taxas elevadas de vandalismo e crime e existe uma baixa vigilância dos lugares públicos;

\*Mobilidade: quando a criança muda de escola pode ocorrer um aumento significativo no uso de drogas e outros problemas de conduta. Também as comunidades que se caracterizam por

altos índices de mobilidade parecem ter nas suas famílias, um maior risco, tanto de condutas de crime como de problemas relacionados com drogas;

\*Disponibilidade de substâncias psicoactivas: quanto mais disponível está o álcool e outras drogas na comunidade, maior é o risco dos jovens as consumirem. A disponibilidade percebida de drogas está directamente relacionada com o aumento do risco de consumo.

#### Factores de risco familiar:

\*História familiar de alcoolismo: se a criança nasceu ou foi criada numa família com uma história de alcoolismo o risco de ter problemas com o álcool ou outras drogas é maior;

\*Problemas de controlo familiar: estratégias de controlo da família inadequadas, incluindo carência de expectativas claras sobre a conduta, fracasso dos pais em controlar os seus filhos e castigos excessivamente severos ou inconsistentes aumentam o risco de abuso de drogas;

\*O uso de drogas pelos pais e atitudes positivas perante o seu uso: nas famílias em que os pais usam abusivamente de álcool ou drogas ilegais, são tolerantes ao consumo ou implicam os seus filhos na sua própria conduta de consumo, é mais provável que as crianças venham a abusar de drogas e álcool na adolescência.

#### Factores de risco escolares:

\*Conduta anti-social de início precoce: as crianças que são agressivas no jardim-de-infância ou na escola primária têm um maior risco de abuso de substâncias. Quando uma conduta agressiva de início precoce se associa ao alheamento, abandono ou hiperactividade, aumenta o risco de problemas na adolescência;

\*Fracasso académico: se este fracasso começa nos últimos anos da escola primária, a experiência de fracasso na escola aumenta o risco tanto do abuso de drogas como de conduta delinquente;

\*Baixo compromisso com a escola: o baixo compromisso com a escola leva a criança a desacreditar no seu papel de estudante.

Factores de risco individuais/do grupo de pares:

\*Alienação e a rebeldia: a criança que sente que não faz parte da sociedade ou que não aceita as regras, que não acredita conseguir ter êxito ou ser responsável, que toma uma postura de rebeldia perante a sociedade, tem maior risco de abuso de drogas;

\*Conduta anti-social na adolescência: este factor de risco inclui uma má conduta na escola, abandono escolar, implicar-se se em guerras com outras crianças e exibir conduta delinquente;

\*Amigos que consomem drogas: as crianças que se associam a um grupo de pares que utiliza drogas têm maior probabilidade de virem consumir;

\*Atitudes favoráveis perante o consumo de drogas: se as crianças vêem amigos a experimentar droga, as suas atitudes podem-se modificar passando a ter uma maior aceitação perante o consumo de drogas, o que sujeita as crianças a um maior risco de consumo;

\*Consumo precoce de drogas: quanto mais precoce for o consumo experimental de álcool ou outras drogas, maior é probabilidade de se ter problemas com drogas mais tarde. A investigação mostra que os jovens que se iniciam no consumo de drogas antes dos 15 anos têm o dobro do risco de ter problemas com drogas, relativamente àqueles que se iniciam depois dos 19 anos.

## **4. ESTUDOS ACERCA DA PERSONALIDADE DO DOENTE TOXICODEPENDENTE**

### **4.1. FASES DA TOXICODEPENDÊNCIA**

Segundo refere LEKEUCHE (1992) no processo de doença da toxicod dependência existem 3 fases cruciais pelas quais os adictos a substâncias psicoactivas deverão passar:

Fase inicial: quando uma pessoa começa a consumir um produto tóxico (ou vários). Também se denomina de “fase de encontro” (OLIEVENSTEIN, 1973, 1982, 1983). Neste primeiro momento podem-se distinguir várias características da personalidade entre os distintos tipos de consumidores, seja qual for o produto consumido;

Fase de estado: nesta fase todas as dimensões da personalidade estão alteradas. A característica fundamental desta etapa é a repetição e o movimento (OLIEVENSTEIN, 1973, 1982, 1983; LEKEUCHE, 1992). O doente toxicod dependente não consegue deixar de “repetir” e de “ter necessidade” porque procura a experiência de múltiplas sensações diversas que se modificam e passam de um estado a outro, de um extremo a outro radicalmente oposto (OLIEVENSTEIN, 1983; LEKEUCHE, 1987). Experimenta-se uma particular vivência da temporalidade, situada entre a anulação do tempo e o ciclo. O doente toxicod dependente para além de não poder parar de produzir actividade, não sente o decurso do tempo. Por sua vez, o tempo caracteriza-se pelo ritmo e ciclo: o prazer e o sofrimento, o consumo e a abstinência, a subida e a descida, a necessidade e a satisfação, etc... (OLIEVENSTEIN, 1983; LEKEUCHE, 1987). Nesta fase, independentemente do produto consumido e da personalidade prévia, o funcionamento psíquico é comum a todos os toxicod dependentes (OLIEVENSTEIN, 1983; LEKEUCHE, 1992);

Fase de reconstrução: tem lugar quando a pessoa começa a sair da toxicod dependência. Neste momento, e dependendo das características pessoais de cada um, assim como do produto consumido, constata-se diversos estilos de “reconstrução”: em algumas ocasiões a

personalidade prévia volta a emergir, uma vez que o funcionamento toxicodependente desapareceu; noutras surge uma nova configuração da personalidade.

#### 4.2. CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE DO DOENTE TOXICODEPENDENTE

As publicações evidenciam uma série de traços comuns nos doentes toxicodependentes que estão relacionados com os seguintes factores:

Desajuste afectivo: o adicto tem dificuldade para tolerar os afectos ou modelá-los, excessiva impulsividade, alheamento às próprias emoções, vazio emocional ou ambivalência de sentimentos (KRISTAL *et al*, 1970, BASELGA, 1972; LENNINGS, 1991). Na mesma direcção situa-se a presença de intensas vivências de agressividade, que se exteriorizam (CAGLAR, 1977) ou não (TIMSIT *et al*, 1981). Em diversas situações verificou-se que estes transtornos afectivos têm influência nos processos mentais (GUETTE, 1989);

Desajuste nas relações interpessoais: incapacidade para manter relações de amizade, irresponsabilidade face aos demais ou limitada capacidade para dar e receber afecto (KRISTAL *et al*, 1970). Também tendem a evitar o contacto (CHARRO, 1994), ou as tendências contraditórias em que coexiste o desejo de alheamento com o de aproximação ou de fusão (CAGLAR, 1977);

Desajuste no sistema de normas e de valores, que se expressa por uma rejeição da sociedade e da autoridade, conflito geracional, falta de motivação para o estudo e inadaptação escolar, desinteresse político, inconformismo e desinteresse pelos valores tradicionais (LENNINGS, 1991);

Debilidade do Eu, que se manifesta na forma de imaturidade, baixa de auto-estima, baixo nível de tolerância à frustração, passividade, dependência e tendência a utilizar a fantasia como refúgio para evadir-se dos problemas reais (PAOLINI, 1988). Podem aparecer também transtornos na identidade (TIMSIT *et al*, 1981). Relacionado com a debilidade do Eu encontra-se a pobreza de recursos do doente toxicodependente que se associa a metas demasiado elevadas (CHARRO, 1994). Neste sentido também sobressai a ausência de harmonia entre as tendências dos doentes toxicodependentes, as suas aspirações mais profundas e as suas realizações (GUETTE, 1989) e a incapacidade para dominar, superar as frustrações e limitar a dor (LEÓN-CARRIÓN, 1985);

Mau contacto com a realidade: segundo BLATT *et al* (1990) esta característica manifesta-se nomeadamente quando a raiva influencia negativamente a forma de perceber dos indivíduos (CHARRO, 1994).

Alguns estudos actuais correlacionam estas características da personalidade mediante uma análise dinâmica. Assim, BLATT *et al* (1990) acreditam que os adictos a opiáceos apresentam características psicológicas que se agrupam em duas dimensões básicas:

A primeira dimensão refere-se às relações interpessoais e à labilidade emocional. Aqueles que têm esta dimensão muito incrementada apresentam impulsividade, humor desequilibrado e falta de interesse pelas relações. Se, por outro lado, esta dimensão se manifesta menos evidente identifica sujeitos com representações mais adequadas aos restantes indivíduos, uma maior estabilidade e um estilo de reposta consistente;

A segunda dimensão diz respeito ao contacto com a realidade e estabelece diferenças entre aqueles sujeitos cujas percepções se baseiam na realidade e aqueles que se orientam pelas ideias originadas em fantasias ou na sua própria experiência.

Para finalizar, numa investigação sobre o funcionamento psíquico dos toxicodependentes retratado através do diagnóstico psicológico de Rorschach, CHARRO (1994) corrobora os dados referidos na literatura. A interpretação dinâmica e simultânea dos índices de Rorschach permitiu apresentar uma possível explicação para alguns dos desajustes anteriormente descritos. Verificamos, assim, que o elevado nível de frustração dos doentes toxicodependentes se pode dever a várias razões. Em primeiro lugar porque propõem objectivos que não podem alcançar, o seu nível de aspirações excedem os recursos que possuem. Para além disso, porque apresentam angústia como consequência de sentimentos de abandono e insegurança, que os podem “paralisar”. Por último, porque rejeitam o contacto com as outras pessoas e não mostram interesse por estabelecer relações profundas, sendo que nas raras vezes que o estabelecem, não são capazes de modelar as suas emoções. Desta forma, não é difícil entender que sem recursos, com angústia e sem o apoio dos outros nos momentos difíceis, os doentes toxicodependentes não suportam as dificuldades e têm um baixo nível de tolerância à frustração. Esta investigação mostrou também outras características da personalidade do doente toxicodependente, tais como a severidade dos transtornos de pensamento e a gravidade das distorções perceptivas.

## **5. ESTUDOS LONGITUDINAIS DO INÍCIO DO CONSUMO DE DROGAS.**

Os estudos longitudinais do início de consumo de drogas consistem na avaliação de uma ampla amostra de população, o que permite identificar as sucessivas etapas de início do consumo de substâncias tóxicas e a situação pessoal, social e familiar dos indivíduos antes de iniciarem o consumo de cada tipo de substância.

Entre os trabalhos que examinam a relação entre o ambiente familiar e o grupo de pares no abuso de drogas por parte dos adolescentes são especialmente relevantes os que foram levados a cabo por KANDEL e seus colaboradores na cidade de Nova Iorque (1978, 1981, 1985, 1987, 1990, 1992).

Esta autora e a sua equipa realizaram estudos longitudinais com uma amostra muito grande que seguiram indivíduos desde a adolescência até aos trinta e poucos anos. Graças a este largo espectro de dados foi possível conhecer a trajectória dos adolescentes que se iniciam no consumo de drogas, que factores o explicam e qual é a sua influência posterior na conduta desviada e no consumo de drogas dos seus próprios filhos. Estas investigações determinaram as fases do consumo inicial de diversas de drogas e a importância relativa dos progenitores e grupo de pares no seu início.

KANDEL e a sua equipa estudaram uma numerosa amostra de adolescentes centrando-se em quatro fases no consumo de drogas:

- 1) Não consumidores;
- 2) Consumidores de álcool e outras drogas legais;
- 3) Consumidores de marijuana;
- 4) Consumo de outras drogas ilegais (heroína, cocaína, alucinógenos, etc.)

O início do consumo é sequencial e portanto, cada fase representa uma pauta acumulativa no uso de drogas e agrupa menos adolescentes do que a anterior. Assim, por exemplo, o adolescente que consome cocaína iniciou-se no consumo de álcool e tabaco, depois passou a consumir marijuana e por fim iniciou-se no consumo de cocaína. Contudo, muitos dos que se iniciaram no consumo de marijuana não passaram depois ao mundo das outras drogas ilegais. Por isso, estes autores investigaram cuidadosamente os factores que influenciam o início do consumo de cada grupo de substâncias para determinar quais são as variáveis que condicionam alguns adolescentes que consomem marijuana a não chegarem a consumir cocaína, alucinógenos, etc..

No que diz respeito à vida do adolescente são considerados três factores que se relacionam com o consumo de drogas:

- 1) Influência dos progenitores;
- 2) Influência dos amigos; e
- 3) Características da personalidade do adolescente.

Os resultados mais interessantes deste trabalho indicam que os factores que precedem o início de cada nova fase de consumo são diferentes e podem-se sistematizar da seguinte forma:

- 1) Quando ainda não se iniciou o consumo de drogas os progenitores têm uma grande influência como modelos na recusa do início do consumo;
- 2) O início do consumo de bebidas destiladas está relacionado com o uso prévio de outras drogas como a cerveja, o vinho e tabaco e com a participação em actividades de delinquência menor;
- 3) No início do consumo de marijuana, o indício mais importante é um grupo de amigos. Quando estes consomem esta droga, quando tem uma actividade favorável ao seu consumo e quando a droga está disponível, é mais provável que se inicie o seu consumo. Este tipo de grupos apresenta, com maior frequência do que os que não consomem, uma ideologia inconformista com os valores sociais;
- 4) O início do consumo de outras drogas ilegais depende prioritariamente da qualidade de relação entre os progenitores e o adolescente. Em concreto os aspectos mais significativos são a falta de uma relação de companheirismo e afecto com o pai e com a mãe.



Outras variáveis indiciadoras do início nesta fase de consumo são: falta de intimidade com o melhor amigo, elevado consumo de marijuana e/ou uso de drogas ilegais por parte dos amigos, consumo de álcool e drogas psicoactivas (tranquilizantes, estimulantes ou barbitúricos) por parte dos progenitores e sentimentos depressivos.

Por outro lado, nos dois primeiros estadios o indicador mais importante do início de consumo é um grupo de amigos (o seu consumo e atitude positiva perante as drogas), no entanto o início no uso de outras drogas ilegais depende mais da qualidade de relação progenitores–adolescente do que de outros factores. Em concreto, o aspecto mais significativo é, em primeiro lugar, a falta de uma relação de companheirismo e afecto com os progenitores e, em segundo lugar, o controlo.

Algumas investigações realizadas em Espanha têm evidenciado uma alta correlação entre relações familiares conflituosas com o consumo de drogas ilegais como a heroína, cocaína ou alucinógenos (HUALDE, 1983).

RÉCIO (1991) levou a cabo uma réplica do estudo de KANDEL, em Espanha, realizando uma avaliação nos anos consecutivos. Deste estudo RÉCIO distingue cinco estadios no consumo de drogas também sequenciais: 1) consumo de tabaco, 2) consumo de álcool, 3) consumo de “charros”, 4) consumo de drogas duras e 5) consumo de fármacos.

No início do consumo de tabaco são indicadores importantes a atitude dos progenitores e o consumo de por parte dos amigos.

O início no consumo de álcool relaciona-se com as actividades com os amigos, baixa confiança nos progenitores e consumo de fármacos e inalantes por parte dos amigos. O consumo de álcool é um indicador muito importante do consumo de outras drogas: “a um menor consumo de álcool corresponde um menor consumo de outra droga, seja ela qual for” (RÉCIO, 1991: p. 169).

O início do consumo de “charros” é precedido pelo consumo desta droga por parte dos amigos e pela menor relação com os progenitores (para um menor sentimento de companheirismo, menor comunicação e menos decisões conjuntas, um maior consumo de “charros”).

Os factores mais relacionados com o consumo de drogas duras são o consumo deste tipo de drogas pelos amigos, consumo de álcool, a escassa confiança nos progenitores e tendências depressivas. No que diz respeito ao consumo de psicofármacos, o consumo de barbitúricos

está relacionado com os mesmos factores que o consumo de drogas duras. Por sua vez, o consumo de analgésicos e tranquilizantes relaciona-se prioritariamente com o consumo de fármacos por parte dos amigos e progenitores e o consumo de inalantes por parte dos amigos.

RÉCIO (1991:173) conclui que “a qualidade da relação do adolescente com os seus pais aparece como o factor protector mais eficaz contra o consumo de drogas”.

Há que referir que, excepto para o tabaco e para o álcool, o início do consumo de droga é condicionado com maior relevância por condutas de consumo dos progenitores do que pelas suas crenças e valores. Podemos dizer, que em caso de discrepância entre o que os modelos dizem e o que acontece na realidade, os adolescentes aprendem com o que os progenitores e os companheiros fazem.

### 5.1. INFLUÊNCIA DIFERENCIAL DE FAMÍLIA E AMIGOS

Para entender o início e manutenção da toxicodependência temos de estudar as variáveis individuais, familiares e sociais. Alguns autores, na sua maioria embebidos nas teorias de aprendizagem, têm tentado superar o peso destas fontes de influência com um objectivo de hierarquizar a sua importância e entender a interacção que existem entre elas. Há que assinalar que a maior parte das vezes os estudos referem a influência da família e dos amigos como mais importantes que as variáveis da personalidade.

Como vimos o estudo de KANDEL preconiza que dependendo da fase de consumo em que se encontra o indivíduo assim o grupo de pares ou os progenitores têm maior ou menor influência. O convívio com um grupo de pares que consome álcool e marijuana e tem uma atitude favorável perante as drogas explica a iniciação no consumo dessas mesmas drogas. O consumo de outras drogas ilegais é precedido principalmente pelo tipo de relação com os progenitores.

BROOK *et al* (1983) seguem a mesma linha de pensamento de KANDEL, ao terem investigado a influência que a personalidade, amigos e família têm em cada estadio do consumo. Como resultado geral estes autores afirmaram que cada uma das fases do consumo está relacionada de forma independente com factores de personalidades, amigos e família. Portanto as relações familiares inadequadas (falta afectividade nas relações e consumo por parte dos irmãos e progenitores) estão relacionadas com um estadio mais avançado de consumo, mesmo que não exista uma personalidade adequada e o grupo de pares seja

tradicional. Da mesma forma, a existência de traços de personalidade predisponentes (tolerância para o desvio, rebeldia, e desvio pessoal) ou um grupo de pares que conduza ao consumo (grupo desviado de amigos e consumo de drogas) associa-se a uma fase mais avançada de consumo, mesmo que as outras variáveis tenham valores normais. Assim, quanto mais factores existirem maior risco de consumo.

NEEDLE *et al* (1988) verificaram que tanto os adolescentes que consomem drogas como os grupos adolescentes que não as utilizam experimentam nesta etapa uma diminuição na coesão familiar e menor desaprovação do uso de drogas por parte dos seus amigos. Existem, contudo, diferenças entre estes grupos no que diz respeito à estrutura familiar, acontecimentos stressantes não normativos e a idade em que têm de tomar decisões acerca do consumo de álcool e outras drogas. Quando a uma situação familiar de conflitos, instabilidade e ruptura se associa o uso de substâncias por parte dos progenitores, acontecimentos stressantes, suicídio, relacionamento com um grupo que consome drogas e iniciação na sequência do consumo, é maior o risco de que se gere uma adicção grave. Segundo os autores, este uso de drogas, a convivência com amigos que consomem drogas e a desvinculação familiar são formas de contornar problemas familiares de ruptura, desorganização e instabilidade.

Neste estudo verificou-se que as variáveis demográficas (sexo, raça, curso, nível sócio-económico) não têm influência na fase de consumo de drogas do adolescente (NEEDLE *et al*, 1988).

Existem outros estudos que, a partir da teoria de aprendizagem social, têm-se desenvolvido modelos das várias fases de iniciação, similares às de KANDEL, nas quais têm em conta os três factores a que nos referimos (NEEDLE *et al*, 1988). No que diz respeito às características que se estudaram dentro de cada factor, não há acordo entre diferentes autores, ainda assim existem algumas variáveis que coincidem:

- Factores familiares: rejeição parental, padrão de bebida da mãe, padrão de bebida do pai (SIMONS *et al*, 1989); pobre vinculação com os progenitores (MARCOS, 1988); permissividade, expectativas do pai no que respeita ao filho, controlo maternal, identificação com os progenitores, expectativas familiares e preferência dos progenitores em relação ao grupo de pares (BROOK, 1983); uso de drogas e atitudes positivas perante as drogas (BARNEA *et al*, 1992).

- Factores relacionados com o grupo de pares: convívio com grupos desviados (SIMONS *et al*, 1989); o uso de drogas pelos amigos (MARCOS, 1988); conduta fria ou de rejeição, identificação com os amigos que usam drogas e atitudes positivas perante as drogas (BARNEA *et al*, 1992). Nesta área temos que destacar que os irmãos mais velhos são um poderoso meio de socialização e jogam, em muitas ocasiões, o papel similar ao dos outros companheiros, apesar da interacção com eles ser menos igualitária do que com os outros amigos (NEEDLE *et al*, 1986).
- Factores de personalidade: a agressividade, baixa auto-estima e estilo de confronto evitativo (SIMONS *et al*, 1989); tolerância ao desvio, a rebeldia, depressão e desvio (BROOK, 1983); uma forte ansiedade, tendências depressivas e busca de sensações novas (BARNEA *et al*, 1992).

Todos os estudos apontam a grande importância do grupo de amigos como factor mais poderoso para compreender o início do consumo de drogas. A identificação e associação com o grupo de pares que têm atitudes e condutas favoráveis ao consumo de drogas são um importante factor explicativo do consumo de drogas na adolescência. Segundo a teoria da associação diferencial quanto maior a proporção de contactos desviantes em relação aos contactos convencionais, maior é a probabilidade de um indivíduo adoptar posturas e comportamentos desviados (GRICHTING *et al*, 1989). A aceitação de consumidores no grupo de amigos, a facilidade de acesso a drogas ilegais e o consumo de drogas pelos amigos multiplicam os contactos de risco e estão associados ao consumo de drogas legais e ilegais (OTERO *et al*, 1989). Junto a isto há que assinalar a importância não só da disponibilidade como também de imitação e do reforço social (KANDEL, 1987). No que diz respeito à imitação, o adolescente modela a sua conduta a partir das condutas das pessoas que são valorizadas por ele, portanto, é mais fácil que comece a consumir marijuana se os seus amigos a usam. Assim, relativamente ao reforço social, o adolescente comporta-se segundo o que as pessoas significativas – progenitores e amigos – definem como condutas apropriadas a cada ambiente específico (KANDEL, 1987) e tenderá a usar drogas nas situações em que as pessoas significativas definem como apropriadas para as usar.

Observou-se também que os irmãos e irmãs mais velhos constituem outro grupo de referência importante que têm influência no uso de drogas pelos irmãos mais novos. Os irmãos podem proporcionar uma relação de apoio/confiança durante a adolescência por este ser um momento em que, com frequência, existem dificuldades na comunicação com os progenitores sobre

temas como a sexualidade, drogas e escolha de amigos. Geralmente estabelecem metas, actuam como modelos e proporcionam conselhos e informações sobre a conveniência de certas condutas. Quando um irmão mais velho utiliza drogas e o adolescente percebe que a sua utilização não é desaprovada, é mais provável que o irmão mais novo as vá utilizar do que se o irmão mais velho não as utilizar e desaprovar o seu consumo. Assim, observa-se que os adolescentes que têm irmãos mais velhos consumidores, começam a utilizar drogas mais cedo e em maior percentagem. Quando o irmão mais velho não utiliza substâncias é mais provável que o adolescente não as consuma ou, quando as consome, o início é mais tardio e dá-se com menor frequência que no outro grupo (NEEDLE *et al*, 1988). Neste sentido, há que destacar que aqueles que começam a utilizar drogas precocemente têm maior probabilidade de se tornarem consumidores habituais e de continuar a utilizá-las na sua vida adulta (KANDEL, 1981).

É também importante ter em atenção que se os progenitores usam ou têm uma atitude favorável perante o consumo de drogas mais favoráveis serão as atitudes do adolescente perante estas, maior a sua intenção de utilizá-las e o seu consumo. Nestas relações são também pertinentes os mesmos princípios de imitação e reforço social que já foram referidos antes. Além disso, as atitudes perante as drogas são mais favoráveis se os indivíduos se sentem desvinculados dos seus progenitores e preferem os amigos em vez do seu pai ou da sua mãe (BARNEA *et al*, 1992).

Também a vinculação aos progenitores e a vinculação ao grupo de pares tem um papel relevante no consumo de drogas. Os indivíduos que não consomem drogas têm uma maior vinculação aos seus progenitores que aos seus amigos, sendo que nos indivíduos consumidores acontece precisamente o contrário. A orientação preferencial perante os amigos incrementa a probabilidade de ocorrerem condutas desviantes (OTERO *et al*, 1989). Há, no entanto, que destacar uma característica normativa desta fase evolutiva que é o distanciamento dos pais e a forte ligação aos amigos. No entanto, esta não supõe a desvinculação ou rejeição dos valores e metas da idade adulta. Como estudou KANDEL (1987) o adolescente é influenciado em algumas áreas pelos pais e outras pelos amigos. A influência dos amigos é maior no que se refere ao estilo de vida e a influência dos pais prevalece no que se refere às direcções e metas de futuro.

Um dos dados que com maior clareza corrobora os estudos é a forte influência da falta de supervisão por parte dos pais no início do consumo de marijuana e, sobretudo, na utilização

habitual desta substância. Esta influência é devida ao facto da falta de supervisão dos progenitores facilitar a implicação no grupo de pares desviado, contexto social em que se experimenta as drogas e estabelece o seu consumo (DISHION *et al*, 1988). Apesar dos progenitores terem um seguimento das actividades e da situação do seu filho, estes exercerão um efeito positivo ao promoverem actividades convencionais e pró-sociais.

A falta de uma relação afectiva positiva com os progenitores aumenta a probabilidade de consumo de drogas no adolescente. Segundo a teoria do controlo social pode-se interpretar que a falta de laços afectivos entre o adolescente e os seus pais implica uma falta de vinculação com os valores sociais convencionais, o que origina a sua implicação em grupos desviados, desenvolvimento de atitudes desviadas (falta de conformidade e respeito com as normas sociais, e incumprimento da lei) e desenvolvimento de condutas desviadas como o consumo de drogas (OTERO *et al*, 1989). Esta relação acontece devido a dois factores: por um lado os progenitores que rejeitam os seus filhos não proporcionam uma supervisão adequada que evitaria a sua implicação em grupos desviados; por outro devido a esta desvinculação e rejeição, não ocorre a transmissão de valores que fariam com que a participação do indivíduo num grupo desviado fosse algo doloroso e pouco atraente (SIMONS *et al*, 1989). Este aspecto relaciona-se com a frequência do surgimento nos jovens, consumidores de drogas, de valores não convencionais e a falta de vinculação escolar ou religiosa, mesmo que esta última só seja significativa na população norte-americana (MARCOS, 1988). Além disto a rejeição por parte dos progenitores também tem influência no desenvolvimento do estilo educativo e na resolução de problemas, sendo uma das características observadas nos sujeitos adictos a álcool e outras drogas (SIMONS *et al*, 1989).

A relação afectiva positiva com os progenitores constitui, desta forma, uma protecção directa sobre o consumo de drogas, dado ter influência sobretudo na selecção dos amigos que não utilizam substâncias psicoactivas, uma das mais poderosas influências do consumo (KANDEL, 1987). Desta forma, a variável mediadora mais importante entre o tipo de relação com os progenitores e o uso de drogas é o grupo de pares. Uma relação fria, distante, associada a um controlo inconsistente por parte dos pais tem uma alta correlação com a selecção de um grupo de amigos desviados e esta, por sua vez, com o consumo de drogas legais e ilegais (SIMONS *et al*, 1989).

Em resumo, e tendo em conta que as relações de que falámos estão em constante interacção, podemos dizer que nos adolescentes que mantêm relações afectuosas com os seus pais e se

identificam com eles e têm amigos que reforçam e valorizam positivamente a não utilização de drogas e possuem valores convencionais (orientação para o trabalho, pouco rebeldes e que não aceitam desvios), têm menos predisposição para o consumo de drogas e, quando esse consumo acontece, ocorrem fases de menor consumo. Para além disto a fase de consumo é inferior quando os progenitores mantêm uma disciplina estruturada.

Por oposição os adolescentes em níveis superiores de consumo caracterizam-se por manterem uma relação fria e marcada por um controlo deficiente com os seus progenitores, utilizam drogas legais ou ilegais; os seus amigos ou irmãos mais velhos consomem drogas tendo uma atitude positiva perante estas, para além de partilharem valores pouco convencionais.

## 5.2. CARACTERÍSTICAS DAS FAMÍLIAS COM UM MEMBRO TOXICODEPENDENTE

Nos estudos consultados verificámos que, na generalidade, as relações familiares são inadequadas, tendo os seguintes traços mais significativos:

1. Falta de companheirismo e afecto – na generalidade, relaciona-se o consumo de drogas na adolescência com a falta de afecto, falta de aceitação do filho pelos progenitores, desvinculação e frieza afectiva e pobre identificação do filho com os progenitores. O adolescente não recebeu uma valorização positiva, nem a experiência de inclusão e aceitação familiar. Desta forma as necessidades de ser reconhecido, ser querido e poder confiar nos outros não foram satisfeitas (JOHNSON *et al*, 1991). Possivelmente esta é uma das razões pelas quais o toxicodependente busca satisfação em outros grupos e se vincula intensamente aos amigos.

Esta falta de companheirismo pode provocar não só a falta de afecto entre progenitores e filho como também hostilidade, rejeição e crítica excessiva. Como resultado muitos toxicodependentes rejeitam os seus progenitores, havendo maior índice de abandonos do lar parental durante a adolescência e de rejeição dos seus valores da sua forma de vida (JOHNSON *et al*, 1991).

2. Controlo e supervisão deficientes ou muito autoritários – tradicionalmente estudam-se três tipos de disciplina que podem ser utilizados pelos progenitores: *laissez faire*, autoritário e democrático. Destes, os dois primeiros são os mais frequentes nestas famílias. No estilo de disciplina *laissez faire* permite-se que as crianças e adolescentes marquem as suas próprias

normas e limites sem que os progenitores participem. Estes progenitores não supervisionam a forma como os seus filhos utilizam o tempo, nem quem são os seus amigos ou as actividades em que se implicam e gastam o dinheiro. Estes pais não desejam impor os seus próprios critérios sobre o adolescente, são permissivos e pouco tradicionais com os seus filhos. Pelo contrário, os progenitores autoritários actuam exclusivamente através de normas e limites e esperam dos seus filhos uma obediência sem perguntas. Os progenitores democráticos enfatizam que a tomada de decisões deve ser conjunta com os seus filhos. As normas são estudadas com antecipação e pretende-se chegar a compromissos, na medida do possível (JURICH *et al*, 1985).

No que respeita ao controlo e aos limites de comportamentos, as famílias que têm um membro toxicodependente tendem a ter um estilo educativo de extremos, autoritário ou *laissez faire*: mantém uma disciplina muito rígida marcada por controlos e normas inflexíveis ou apresentam limites educacionais extremamente débeis. Podem também conjugar estes dois padrões e utilizá-los simultaneamente, utilizando um estilo educativo com grande permissividade e liberdade, mas esperando também que se cumpram certas normas sem opinar. Encontrou-se, por outro lado, que os progenitores que usam um sistema de disciplina democrático têm com menor frequência filhos consumidores de drogas. Há que referir que, qualquer que seja o tipo de disciplina utilizada, esta é muito inconsistente (BRY, 1988). As normas e metas não estão claramente definidas e as consequências de obedecer a essas regras quase nunca se mantêm de uma forma estável (JURICH *et al*, 1985), o que não está de acordo com o pressuposto de que é necessário que exista consistência na conduta para que ocorra uma interiorização saudável de normas e regras.

Vários estudos sobre a conduta dos progenitores indicam que o afecto e o controlo ou, em outras palavras, exigência e sensibilidade são as dimensões básicas da conduta dos progenitores (BAUMRIND, 1991). A primeira dimensão destaca a importância do afecto, a disponibilidade e à aceitação do adolescente por parte dos progenitores. A segunda dimensão aborda a implicação do pai e da mãe na vida do filho, o seguimento das suas actividades e a clareza de limites e controlos para o filho. Diana Baumrind (1991) trabalhou acerca destes aspectos fundamentais da conduta parental e, mais concretamente, acerca da sua influência no consumo de drogas. A exigência refere-se à conduta de supervisão, aos esforços disciplinares, expectativa dos filhos se ajustarem ao seu nível de maturidade e confrontação quando estes desobedecem às normas. A sensibilidade refere-se ao grau a que os progenitores potenciam a



individualidade e a auto-regulação através da atenção e apoio às necessidades de cada filho. A partir daí estabelece-se uma classificação de quatro tipos de comportamentos parental:

- Progenitores autoritativos, (são exigentes e sensíveis). Supervisionam a conduta dos seus filhos a quem proporcionam normas claras de conduta. São afectuosos mas não intrusivos. Querem que os seus filhos sejam autónomos em vez de cooperativos;
- Progenitores autoritários (são bastante exigentes e tem uma fraca sensibilidade), costumam dar ordens e são directivos mas pouco sensíveis às necessidades dos seus filhos. Proporcionam um ambiente familiar ordenado e estável mas pouco afectuoso;
- Progenitores permissivos (não são exigentes e são bastante sensíveis), são mais sensíveis às necessidades dos seus filhos e mais afectuosos que exigentes. São tradicionais, permissivos, não esperam uma conduta madura dos seus filhos e evitam o confronto;
- Os progenitores negligentes/rejeitantes (possuem um baixo grau de exigência e de sensibilidade), são desvinculados, não exigem nada aos seus filhos nem são afectuosos com eles. Não estruturam, não supervisionam nem tão pouco apoiam. Podem rejeitar de forma clara ou abandonar as suas responsabilidades educativas por completo;

Comprovou-se que o afecto e a supervisão parecem ser os factores mais significativos para uma conduta competente e um bom desenvolvimento psicossocial do adolescente (KANDEL, 1990). BAUMRIND (1991) relacionou estas tipologias de conduta parental com a fase de consumo de drogas na adolescência e comprovou que os filhos de famílias autoritativas são os que menos recorrem a condutas de risco como o consumo de drogas. Isto acontece devido a dois factores: existe uma vinculação forte e mútua entre progenitores e filhos e normas de organização que incluem uma supervisão e disciplina claras. Este padrão educacional origina uma conduta competente (com capacidade de autonomia mas mantendo vínculos afectivos com os seus progenitores) e evitam os comportamentos problemáticos em todas as fases do desenvolvimento evolutivo (BAUMRIND, 1989).

3. Alta Frequência de mortes e separações na infância e adolescência – nestas famílias existe uma proporção três vezes superior a um grupo de controlo no que diz respeito à ausência dos

progenitores, com maior frequência a ausência do pai, por morte, divórcio/separação ou abandono (MARTÍNEZ, 1994). Se a isto juntarmos as perdas traumáticas de algum outro familiar significativo, a proporção é superior (75% segundo COLEMAN *et al*, 1978). Segundo outros estudos a percentagem de sujeitos toxicodependentes que perderam um irmão antes dos 24 anos é o dobro do grupo de controlo (COLEMAN *et al*, 1986). Outras experiências de separação (separação da família durante a infância, abandono repentino do lar por parte de algum irmão, separação prolongada da mãe durante a infância) também são mais frequentes neste grupo de população. No que se refere aos pais dos adictos, existe, frequentemente, morte dos seus progenitores devido a circunstâncias pouco usuais (acidentes, suicídio, assassinato, guerra) ou separações permanentes de pessoas importantes (COLEMAN *et al*, 1986). Alguns autores apontam que a toxicodependência é um sintoma em que o indivíduo manifesta as dificuldades familiares para se defender do desespero e elaborar o luto pela perda de um dos membros (JURICH *et al*, 1985).

4. Frequência de doenças severas ou invalidantes – doenças degenerativas, acidentes laborais, etc. cujos momentos de início e de agudização coincidem com os picos de consumo do toxicodependente (STERNSSCUSS-ÁNGEL *et al*, 1987). Em relação ao que foi referido anteriormente, a doença também requer a elaboração de um conflito entre uma identidade individual e familiar sã que pode levar a originar outros conflitos (ESPINA, 1994).

5. Super-protecção e intrusão – os adolescentes que consomem drogas percebem os seus progenitores como os maiores invasores da sua intimidade, possessivos e super-protectores (SCHWITZER, 1989). Como assinala KAUFMAN (1980) nestas famílias é frequente a mãe (embora não seja característica única da mãe) estar disposta a fazer qualquer coisa pelo seu filho excepto deixá-lo só. Apresenta-se uma clara dificuldade para respeitar a intimidade e a separação do outro (COLEMAN *et al*, 1986).

6. Tipologias extremas no modelo de OLSON *et al* (1979, 1985) – este modelo, um dos mais utilizados na avaliação familiar, aborda duas dimensões que considera essenciais para entender o funcionamento familiar: a coesão e a adaptabilidade, através de um questionário denominado FACES (Family Adaptability and Cohesion Scales).

A coesão pode-se definir como a vinculação emocional que os membros têm entre si (OLSON *et al*, 1985) e adaptabilidade como a capacidade do sistema familiar de trocar a sua estrutura de poder, papéis e regras relacionais para responder a uma tensão evolutiva e situacional. O questionário acima referido avalia, portanto, as relações afectivas entre os

membros da família e a sua capacidade para se adaptarem aos vários contextos que vão surgindo fora e dentro da família.

Ambas as dimensões são bipolares, sendo que as famílias que ocupam os extremos são mais disfuncionais do que as que têm uma pontuação intermédia. Ao nível da coesão podemos encontrar famílias desvinculadas (baixa coesão: relação de afecto e apoio entre os membros é escassa) e famílias aglutinadas (alta coesão: relações intensas, os membros valorizam muito o companheirismo e o apoio entre eles). No que concerne à adaptabilidade existem famílias rígidas (baixa adaptabilidade: mantêm estruturas de funcionamento antiquadas mesmo quando estas já não são adequadas à situação do presente) e família caóticas (alta adaptabilidade: as estruturas de funcionamento modificam-se com tanta rapidez que não se consegue manter o mínimo de estabilidade).

Assim, as famílias em que existe um membro toxicodependente descrevem-se a si mesmas como desvinculadas e rígidas. Podemos dizer, que são famílias em que os seus membros não se apoiam uns aos outros, não há companheirismo e têm pouca capacidade de se flexibilizar e modificar a sua estrutura para se adaptar às variações do contexto produzidas por modificações nos seus membros ou no ambiente em que vivem (CONSTANTINI *et al*, 1992).

7. Maior frequência de consumo de drogas legais em especial álcool, tabaco, tranquilizantes e estimulantes – os progenitores são uma das principais fontes através dos quais os jovens aprendem as estratégias para controlar a tensão e ansiedade. Os progenitores que utilizam drogas, e sobretudo os que utilizam álcool, são modelos de um estilo de evitamento na resolução dos problemas e ensinam aos seus filhos que este é o modo de controlar a tensão. Perante a falta de habilidades para lidar com os conflitos recorrem ao modelo parental aprendido: o álcool e outras drogas (PINDADO, 1992). Segundo BROOK *et al* (1974) o adolescente aprende a escapar à sua responsabilidade, perante situações difíceis, através de mecanismos que são denominados “muletas psicológicas”. A “muleta psicológica” é qualquer comportamento, como o consumo de drogas, doenças psicossomáticas e outros transtornos psicológicos, que retira a responsabilidade numa situação determinada, eliminando a tensão sem ser necessário enfrentar directamente a situação. Os progenitores do toxicodependente apresentam uma falta de confiança para enfrentar situações vitais e utilizam muletas psicológicas para conseguir uma sensação de tranquilidade e comodidade. Os seus filhos, com frequência, refugiam-se no consumo de substâncias com o mesmo objectivo (JURICH *et al*, 1985). O consumo por parte dos progenitores proporciona modelos de conduta, que

transmitem formas “químicas” de enfrentar situações difíceis, e que lhes facilita o desenvolvimento de atitudes a favor da droga.

## **6. MODELO DE ANÁLISE**

O modelo de análise é o prolongamento natural da problemática, articulando de forma operacional os marcos e as pistas que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação e de análise. É composto por conceitos e hipóteses estreitamente articulados entre si para, em conjunto, formarem um quadro de análise coerente.

A conceptualização, ou construção dos conceitos, é uma construção abstracta que visa dar conta do real. Para este efeito, não retém todos os aspectos da realidade mas somente aquilo que exprime o essencial dessa realidade, do ponto de vista do investigador. Trata-se, portanto, de uma construção-selecção. A construção de um conceito consiste, por conseguinte, em definir as dimensões que o constituem e, em seguida, precisar os seus indicadores, graças aos quais estas dimensões poderão ser medidas.

Uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos. É uma proposição provisória, uma suposição que deve ser verificada. Por conseguinte, a hipótese será confrontada, numa etapa posterior da investigação, com dados da observação.

Para poder ser objecto desta verificação empírica, uma hipótese deve ser refutável. Isto significa, em primeiro lugar, que ela deve poder ser testada indefinidamente e ter, portanto, um carácter de generalidade; depois deve admitir enunciados contrários que sejam teoricamente susceptíveis de verificação.

Pelo exposto verificamos que o modelo é um sistema de hipóteses articuladas logicamente entre si. Ora se a hipótese é a precisão de uma relação entre conceitos, o modelo será também um conjunto de conceitos logicamente articulados entre si por relações presumidas. Por conseguinte, a sua construção assenta num processo indutivo ou num raciocínio de tipo dedutivo. O método hipotético-indutivo produz conceitos operatórios e hipóteses empíricas a partir da observação e o indicador é de natureza empírica. O modelo hipotético-dedutivo parte de um postulado ou conceito postulado como modelo de interpretação do fenómeno estudado

e gera, através de um trabalho lógico, hipóteses, conceitos e indicadores para os quais se terão de procurar correspondentes no real. (QUIVY *et al*, 1998)

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### 7. METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos apresentar uma caracterização do estudo e das opções metodológicas escolhidas. Tendo em conta a problemática em estudo procurámos, como referem QUIVY *et al* (1998:15) “pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho”. No sentido de obter uma melhor caracterização e compreensão da problemática na população em estudo, optámos pela aplicação de um método quantitativo que nos permita descrever em detalhes o padrão de ocorrência dos eventos observados.

#### 7.1. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

A ideia de que a família desempenha um papel importante no desenvolvimento dos comportamentos anti-sociais e da delinquência juvenil não é nova. Numerosos estudos, ao longo das últimas décadas, têm efectivamente procurado identificar e compreender os factores da família que influenciam o aparecimento desses comportamentos.

A família surge assim, tal como LE BLANC *et al* (2002) nos referiram, como a plataforma a partir da qual o desenvolvimento social normal ou perturbado do indivíduo se faz e, ao mesmo tempo, constitui o ponto de partida para numerosos programas de intervenção. Por exemplo, LIPSEY E DERZON (1998) verificaram que os melhores predictores de comportamento anti-social de criminalidade e de violência eram a falta de competências parentais, a discórdia na família e uma história de maus tratos na infância.

Na toxicodependência múltiplas investigações têm revelado que, também nesta área, o estudo da família, as suas características e potencial influencia neste processo de doença é de extrema importância.

KANDEL (1992) e BARNEA *et al* (1992) espelham bem a pertinência de investigação ao nível da família ao observarem, através dos seus estudos, que em relação à vinculação parental, uma boa qualidade na relação do adolescente com os seus pais é o factor protector mais eficaz contra o consumo de substâncias psicoactivas. No que diz respeito à supervisão parental/tipo de disciplina, diversos outros estudos têm mostrado que tanto a ausência como a excessiva supervisão por parte dos progenitores se relacionam com o consumo de drogas ilegais (KANDEL, 1990; BAUMRID, 1991).

Relativamente à comunicação familiar e conflito, observa-se que as relações e a comunicação familiar são mais pobres nas famílias dos dependentes ao mesmo tempo que apresentam maior hostilidade e conflito (CANCRINI, 1991).

Por outro lado AYERBE *et al* (1997) encontram pontuações mais baixas na coesão, expressividade, interesse cultural e social recreativo no grupo dos adictos que no grupo de controlo. CHARRO *et al* (1995), encontram problemas na individuação do adolescente, relações pais-filhos com falta de intimidade, coligações intergeracionais, controlo parental inadequado, experiências de morte, separação e consumo parental de drogas como factores relacionados com a adicção.

No que diz respeito à função de pai, tem-se verificado que a conduta adicta se relaciona com uma pobre identificação dos filhos com os progenitores e uma sobre-implicação dos pais (BEKIR *et al*, 1993).

Já em relação à autonomia/dependência, os heroinómanos caracterizam-se como pessoas com problemas em emancipar-se dos pais. COLETTI (1998) corrobora esta informação ao apresentar os doentes toxicodependentes como indivíduos dependentes e inadaptados que não estão preparados para assumir responsabilidades.

A preocupação deste estudo reside então, na caracterização da dinâmica familiar do doente toxicodependente e na sua comparação com a dinâmica familiar de pessoas não consumidoras de substâncias psicoactivas ilegais.



## 7.2. OBJECTIVOS

O objectivo principal deste trabalho foi investigar os factores familiares relevantes no consumo de drogas e conhecer as diferenças no ambiente familiar entre um grupo de consumidores e outro de não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.

Temos, assim, dois objectivos de investigação:

1. Tendo como base a revisão de literatura efectuada, os diferentes autores referem que o doente toxicodependente apresenta falhas ao nível da dinâmica familiar, ou seja, a sua família não lhe proporcionou condições ambientais favoráveis para que se conseguisse desenvolver de forma saudável. Não sendo nosso objectivo estabelecer nenhum tipo de causalidade entre o tipo de dinâmica familiar no qual o indivíduo viveu e o processo de doença que está a vivenciar, **pretendemos caracterizar a dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes;**
2. **Pretendemos também, verificar que diferenças existirão entre a dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e os indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.**

Desta forma e após uma extensa revisão de literatura, surgiu-nos o seguinte problema de investigação: **Será que existem diferenças significativas nos padrões de dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e dos indivíduos não toxicodependentes?**

## 7.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Seguindo os objectivos de análise atrás delineados, apresentam-se os aspectos principais da metodologia que se escolheu para os concretizar, nomeadamente a população e estudo e tipo de amostra constituída, as características dos instrumentos utilizados na recolha de dados, os procedimentos adoptados e as técnicas utilizadas no tratamento estatístico dos dados.

Nesta investigação foi utilizado um método de abordagem hipotético-dedutivo e um método de procedimento estatístico. Foi também utilizado o método comparativo, uma vez que se pretende comparar os dados obtidos entre o grupo de doentes toxicodependentes e o grupo de controlo.

### 7.3.1. População e amostra do estudo

A finalidade de qualquer investigação é descobrir/construir algo sobre determinada população ou universo. Sendo o propósito deste estudo comparar algumas variáveis da dinâmica familiar entre doentes toxicodependentes e indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais, optou-se por utilizar como população alvo ou universo de trabalho, todos os doentes toxicodependentes em recuperação na comunidade terapêutica Ares do Pinhal, nas segunda e terceira etapas do plano de recuperação e todos os formandos dos programas de Educação e Formação de Adultos (EFA) do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP).

A opção de seleccionar a amostra experimental entre os doentes toxicodependentes na segunda ou terceira fase do plano de recuperação foi tomada uma vez que, no decurso do conhecimento dos objectivos terapêuticos desta comunidade, apercebemo-nos de que só nestas fases os indivíduos conseguiriam ter clarividência suficiente para participar no estudo. No caso da população de controlo, considerou-se oportuno fazer a selecção da amostra entre os indivíduos a frequentarem os cursos de EFA do IEFP, por considerarmos que estas pessoas têm características sócio-demográficas muito semelhantes ao grupo experimental.

No quadro são apresentados os critérios de inclusão e exclusão dos doentes na população alvo, experimental e de controlo.

Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão no grupo experimental e de controlo

	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Grupo Experimental</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doentes toxicodependentes em comunidade terapêutica (Ares do Pinhal) na segunda ou terceira fase do plano de recuperação;</li><li>• Indivíduos do género masculino;</li><li>• Idades entre 20-40 anos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indivíduos analfabetos.</li></ul>
<b>Grupo de Controlo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indivíduos do género masculino;</li><li>• Idades entre 20-40 anos;</li><li>• Indivíduos que frequentem cursos de Educação e Formação de Adultos (EFA) do IEFP.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indivíduos consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.</li></ul>

Para a aplicação dos instrumentos contactámos a Comunidade Terapêutica Ares do Pinhal e o Instituto de Emprego e Formação Profissional, solicitando autorização para efectivar o estudo. De seguida discutimos os objectivos do trabalho a desenvolver nas duas instituições acima referidas e pedimos a colaboração de todos os intervenientes.

### **7.3.2. Técnicas de investigação**

Para cumprimento dos objectivos definidos neste projecto, consideramos de assaz importância o recurso a pesquisas bibliográficas.

Como técnica de pesquisa principal junto dos doentes toxicodependentes e do grupo de controlo foi utilizado uma entrevista de recolha de dados socio-demográficos e duas escalas de avaliação da dinâmica familiar, a forma R da “Family Environment Scale” (FES) e a sub-escala geral da “Family Assessment Measure version III” (FAM III). O preenchimento destas escalas foi de cariz anónimo e confidencial, tendo sido pedido uma autorização escrita para utilização dos dados obtidos na investigação.

A “Family Assessment Measure version III” de SKINNER *et al* (1995) é um instrumento de avaliação quantitativa da dinâmica do grupo familiar. É composto por três questionários de autopreenchimento divididos em três escalas: escala geral, escala de auto-avaliação e escala relacional, que fornecem índices quantitativos das áreas de ajustamento, forças e a fragilidade da família. Cada escala inclui as seguintes áreas de avaliação: realização de tarefas, desempenho de papéis, comunicação, expressão afectiva, envolvimento geral, controlo, valores e normas. Das sub-escalas referidas apenas foi utilizada a escala geral.

Na FAM III, os dados são analisados, traduzindo-se numa pontuação que poderá ir de 1 a 99. A média encontra-se na pontuação 50, sendo considerado um desvio padrão de 10 pontos. A maioria das situações situam-se com pontuações entre os 40 e o 60. Pontuações fora deste intervalo podem indicar que o indivíduo estudado apresenta um grau de ajustamento extremamente elevado em relação à variável familiar em estudo (pontuações inferiores a 40) ou, pelo contrário, apresenta um distúrbio no seu funcionamento em família (pontuações acima de 60). A sub-escala geral a FAM III apresenta uma variável que nos dá a média das pontuações das variáveis estudadas e nos indica o ajustamento global da dinâmica do familiar do indivíduo em estudo. Este instrumento de pesquisa tem ainda a particularidade de analisar duas outras variáveis, o nível de ansia social e o grau de defesa, que nos garantem a validade

dos dados obtidos. Segundo SKINNER *et al* (1995) na maioria das situações estudadas as pontuações do nível de ansia social e grau de defesa circundam os 50, o que nos indica a validade dos resultados. Pontuações acima de 60 indicam distorções no preenchimento da FAM III. Pontuações abaixo de 40 não dão garantia de validade das escalas.

A “Family Environment Scale” de MOOS *et al* (1986) é uma escala que avalia as características sócio-ambientais da família. Avalia e descreve as relações interpessoais entre os membros da família, os aspectos de desenvolvimento e a sua estrutura básica. É constituída por três escalas (forma R - avaliação do ambiente real; forma I – avaliação do ambiente idealizado ou; forma E – avaliação do ambiente esperado) de auto-preenchimento que avaliam a coesão/expressividade, conflito, orientação intelectual/cultural e recreativa, orientação para o sucesso, ênfase religiosa e organização e controlo. No caso particular desta investigação apenas foi utilizada a forma R da FES, para avaliação do ambiente real.

Da análise da FES resultam pontuações acerca da variável em estudo que se inscrevem numa escala entre o consideravelmente abaixo da média, sendo este o índice mais baixo, até ao consideravelmente acima da média, que é o índice mais alto. Entre estes situam-se os índices bem abaixo da média, abaixo da média, dentro da média, acima da média e bem acima da média, sendo que os indivíduos que apresentam pontuações dentro da média manifestam uma variável familiar considerada saudável. As outras pontuações situar-se-ão em índices de funcionamento da variável familiar tanto mais desajustados quanto mais distantes se encontrarem da média. No quadro seguinte serão apresentados os intervalos de pontuações em que as variáveis familiares são consideradas como saudáveis.

Tabela 3 - Valores de pontuação médios para as variáveis avaliadas pela FES

Variável	Intervalo de Pontuação	Variável	Intervalo de Pontuação
Coesão	6-7	Orientação Intelecto-cultural	5-6
Expressividade	5-6	Orientação recreativa	5-6
Conflito	2,5-4	Ênfase Religiosa	4-5,5
Independência	6,5-7	Organização	5-6
Orientação para o Sucesso	5-6	Controlo	4-5

### **7.3.3. Técnica de Amostragem**

A dimensão da amostra do grupo experimental foi de 40 indivíduos, seleccionados através de técnica de amostragem probabilística aleatória simples do universo dos doentes toxicodependentes em recuperação na comunidade terapêutica Ares do Pinhal nas segunda e terceira fases do plano de recuperação, que satisfaçam os critérios de inclusão e exclusão no grupo experimental.

No grupo de controlo, a dimensão da amostra foi de 40 indivíduos, seleccionados através de técnica de amostragem probabilística aleatória simples do universo dos formandos dos programas de Educação e Formação de Adultos (EFA) do Instituto de Emprego e Formação Profissional de Sintra, que satisfaçam os critérios de inclusão e exclusão no grupo de controlo.

A técnica de amostragem probabilística aleatória simples que se utilizou consistiu na selecção dos indivíduos que no seu apelido, as últimas letras sejam mais iniciais no alfabeto. Por exemplo, dos apelidos Nunes e Cravidão, será seleccionado em primeiro lugar o indivíduo com apelido Cravidão por a letra final (O) preceder o S (de Nunes) no alfabeto. O mesmo processo será utilizado para a penúltima letra do apelido dos indivíduos, caso a dimensão da amostra se revele demasiado grande.

### **7.3.4. Modelo de Análise**

**Objecto de estudo:** Padrões de dinâmica familiar

**Hipóteses:** As famílias dos doentes toxicodependentes caracterizam-se por padrões de dinâmica familiar negativos (1); As famílias dos doentes toxicodependentes apresentam padrões de dinâmica familiar mais negativos do que as famílias dos indivíduos não toxicodependentes (2).

**Operacionalização das hipóteses:**

**Dimensões:** coesão/expressividade (1), conflito (2), orientação intelectual/cultural e recreativa (3), orientação para o sucesso (4), ênfase religiosa e organização (5), realização de tarefas (6), desempenho de papéis (7), comunicação (8), expressão afectiva (9), envolvimento geral (10), controlo (11), valores (12) e normas (13).

### **7.3.5. Procedimentos de colheita de dados**

A colheita de dados na comunidade terapêutica processou-se em vários dias do mês de Fevereiro de 2007, dependendo da disponibilidade que os utentes apresentavam de acordo com as actividades estabelecidas no plano de recuperação. No caso do grupo de controlo, os instrumentos foram aplicados num só dia, no início de Março de 2007.

Em ambos os casos foi realizada uma breve entrevista presencial para recolha de dados socio-demográficos, onde se explicava o âmbito e a finalidade do estudo e se solicitava a colaboração pessoal para responder aos instrumentos de pesquisa e a utilização dos dados obtidos através do preenchimento de um termo de autorização. Nestes casos, os inquiridos eram informados de que a sua participação era estritamente pessoal e voluntária e que seriam garantidas as condições de confidencialidade na utilização dos resultados obtidos.

Após este primeiro momento, a forma R da FES e a sub-escala geral da FAM III eram preenchidas pelos inquiridos de forma autónoma sem interferência do investigador. Apesar deste pressuposto existiram algumas situações em que foi necessário esclarecer algumas das afirmações apresentadas nas escalas, situação que foi resolvida aparentemente sem influenciar a resposta do inquirido.

### **7.3.6. Previsão do tratamento estatístico**

A informação obtida através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi objecto de tratamento estatístico. Assim, após a colheita, os dados foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13.0 para o Windows.

Os dados de caracterização das amostras foram organizados em quadros compostos de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão).

Para a comparação de amostras utilizei procedimentos diferentes para variáveis numéricas e variáveis não numéricas. No caso das variáveis numéricas utilizei o teste de Levene para testar a igualdade das variâncias e o teste t de student, para verificar se as diferenças de médias entre as amostras, experimental e de controlo, eram estatisticamente significativas. Utilizei estes testes, não me preocupando com a normalidade dos dados recolhidos uma vez que as

amostras têm uma dimensão elevada. Para as variáveis não numéricas comparámos as diferenças entre as medidas de tendência central apresentadas.

## **8. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a colheita de dados, foi nosso propósito proceder à sua reflexão de acordo com a metodologia prevista, podendo efectuar uma reflexão em função dos resultados obtidos. Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos e organizados em função dos objectivos propostos para este trabalho e no sentido de dar resposta às questões de investigação.

A apresentação dos resultados será feita através de quadros nos quais são salientes os aspectos mais relevantes. Omitiu-se o local, a data e a fonte uma vez que todos os dados foram recolhidos através da aplicação dos instrumentos de pesquisa aos indivíduos das amostras, acima referidos.

Em primeiro lugar serão apresentados os dados relativos à caracterização das amostras, de seguida os dados obtidos através da aplicação da forma R da FES e para finalizar os dados obtidos através da aplicação da sub-escala geral da FAM. Em todas estas apresentações iniciar-se-á com uma exposição descritiva da situação das amostras, realizando-se depois uma comparação entre os dados obtidos.

### **8.1. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS**

#### **8.1.1. Amostra Experimental**

O grupo experimental é constituído por 40 sujeitos (N=40) com uma média de idades de 34 anos (média=34,08, anexo 1, quadro 1). Na sua maioria os indivíduos são solteiros (n=33, 82,5%, anexo 1, quadro 4), sem filhos (moda=0, anexo 1, quadro 6), com escolaridade compreendida entre o 2.º (n=18, 45%, anexo 1, quadro 8) e o 3.º ciclos (n=14, 35%, anexo 1,



quadro 8), tendo abandonado o percurso escolar pelos 16 anos (média=15,65, mediana=16, moda=16, anexo 1, quadro 10).

Da análise podemos verificar que no grupo experimental a maioria dos sujeitos é o mais novo (n=13, 32,5%, anexo 1, quadro 13) na fratria familiar, prevalência que está muito próxima do indicador irmão mais velho (n=12, 30%).

Ao nível dos indicadores da variável habilitações literárias do pai e habilitações literárias da mãe observamos que tanto pai como mãe têm maioritariamente o 1º ciclo (n=29, 72,5% para a variável pai e n=28, 70,0% para a variável mãe, anexo 1, quadros 15 e 17).

Relativamente ao consumo de substância psicoactivas pelos familiares da amostra, a maioria dos indivíduos aponta que nenhum dos seus familiares apresenta consumo regular de álcool (n=19, 47,5%, anexo 1, quadro 19). Verifica-se que o segundo indicador com maior prevalência diz respeito ao consumo de álcool por parte do pai (n=12, 30%), sendo seguido pelos familiares directos maternos (n=7, 17,5%). Também no que respeita ao consumo de cocaína, a maioria da amostra não identifica familiares que consumam esta substância (n=33, 82,5%, anexo 1, quadro 21), verificando-se este consumo positivo no indicador irmãos (n=7, 17,5%). No que concerne ao haxixe, metade dos sujeitos não indica o seu consumo por nenhum dos familiares (n=20, 50%, anexo 1, quadro 23). De realçar que o indicador irmãos obtém uma prevalência de 17 casos (42,5%). O não consumo de heroína pelos familiares dos sujeitos é identificado em 29 casos da amostra (72,5%, anexo 1, quadro 25). O indicador irmãos regista uma prevalência de 9 casos (22,5%) no que diz respeito ao consumo desta substância.

Na maioria dos casos os indivíduos não registam nenhuma história familiar de tratamento psiquiátrico ou psicológico (n=28, 70,0%, anexo 1, quadro 27), sendo que esta variável identificada nos indicadores Pai (n=2, 5,0%); Mãe (n=2, 5,0%) e Irmãos (n=8, 20%).

No que diz respeito ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), 75% da amostra afirma que não é portador do vírus (n=30, anexo 1, quadro 29), sendo os restantes indivíduos seropositivos (n=10, 25%). Relativamente à Hepatite B, 36 dos indivíduos da amostra experimental referem que não estão infectados (90%, anexo 1, quadro 31), duas pessoas não sabem (5%) e duas assumem ser portadores desta doença (5%). No caso da Hepatite C a maioria da amostra afirma ser portador da doença (n=25, 62,5%, anexo 1, quadro 33) e em 15 casos a presença desta maleita é negada (37,5%).

No que concerne ao início do consumo de substâncias psicoactivas verificou-se que apenas o álcool e a heroína foram consumidas por todos os sujeitos (n=40, anexo I, quadro 36), sendo o álcool a substância com que o indivíduo inicia o seu percurso de consumo (média=11,75 anos, anexo I, quadro 36). Depois do álcool a substância que a amostra experimental consumiu mais precocemente foi o haxixe (n=37, média=13,57 anos, anexo I, quadro 36). Numa idade mais tardia acontece o consumo de heroína (média=16,65 anos, anexo I, quadro 36), de ecstasy (n=14, média=18,29 anos, anexo I, quadro 36) e de cocaína (n=39, média=19,21 anos, anexo I, quadro 36). Da análise dos dados obtidos podemos verificar que o início dos consumos de substâncias psicoactivas se situa na adolescência uma vez que, tal como nos afirma ALMEIDA (1987), a adolescência inicia-se nas raparigas entre os 9,5 e os 14,5 anos e nos rapazes entre os 10,5 e os 16 anos, para terminar cerca dos 19 anos nas raparigas e dos 21 anos nos rapazes. Desta forma constatamos que este estudo corrobora que a adolescência constitui um período propício para a experimentação de coisas novas como o álcool e outras drogas (MOREL et al,1998). BECK (1987) menciona que são várias as maneiras em que os adolescentes podem estar envolvidos com o álcool e outras drogas, que revelam a tendência para se sentirem indestrutíveis e imunes para os problemas vivenciados pelos outros. O uso de álcool ou de tabaco numa idade precoce aumenta o risco do uso de outras drogas. Em relação à sequência nas médias de idades de início de consumo de substâncias psicoactivas da amostra experimental, verificamos que esta se encontra de acordo com os estudos longitudinais efectuados por KANDEL (1978, 1981, 1985, 1987, 1990, 1992). Este autor refere que o início do consumo é sequencial, centrando-se em quatro fases: (1) não consumidores; (2) consumidores de álcool e outras drogas legais; (3) consumidores de marijuana; (4) consumo de outras drogas ilegais (heroína, cocaína, alucinógenos, etc.). RÉCIO *et al* (1991) levaram a cabo uma réplica do estudo de Kandel em Espanha realizando uma avaliação nos anos consecutivos. Deste estudo RÉCIO *et al* distinguem cinco estádios no consumo de drogas também sequenciais: 1) consumo de tabaco, 2) consumo de álcool, 3) consumo de “charros”, 4) consumo de drogas duras e 5) consumo de fármacos. O consumo de álcool é um indicador muito importante do consumo de outras drogas: “a um menor consumo de álcool corresponde um menor consumo de outra droga, seja ela qual for” (RÉCIO *et al*, 1991: p. 169).

### **8.1.2. Amostra de Controlo**

O grupo de Controlo é constituído por 40 sujeitos (N=40) com uma média de idades de 35 anos (média=35,08, anexo 1, quadro 2). Na sua maioria os indivíduos são solteiros (n=19, 47,5%, anexo 1, quadro 5) e casados (n=14, 35%, anexo 1, quadro 5), sem filhos (moda=0, anexo 1, quadro 35), com o 2.º ciclo de escolaridade (n=25, 62,5%, anexo 1, quadro 9), tendo abandonado o percurso escolar pelos 16 anos (média=16,68, mediana=16, moda=16, anexo 1, quadro 11).

Relativamente ao lugar que ocupa entre os irmãos, da análise podemos verificar que no grupo de controlo o indicador irmão mais velho é o que tem maior prevalência (n=17, 42,5%, anexo 1, quadro 14), sendo que existem 13 sujeitos que são os irmãos mais novos (32,5%).

Ao nível dos indicadores das variáveis habilitações literárias do pai e habilitações literárias da mãe observamos que tanto pai como mãe têm maioritariamente o 1º ciclo (n=24, 60,0%, para as variáveis pai e mãe, anexo 1, quadros 16 e 18).

Segundo os sujeitos não há registo de consumo familiar regular de álcool, cocaína, haxixe e heroína, não se registando também, a nível familiar, qualquer tratamento psicológico ou psiquiátrico (anexo 1, quadros 20, 22, 24, 26 e 28).

No que diz respeito ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), 97,5 % (n=39, anexo 1, quadro 30) dos sujeitos refere que não é portador do vírus da imunodeficiência humana e apenas uma das pessoas diz não saber se é ou não portador deste vírus (2,5%). Relativamente à Hepatite B, o número de não portadores ronda os 95% (n=38, anexo 1, quadro 32) e 5 % da amostra confirma a infecção por esta doença (n=2). No caso da Hepatite C a amostra de controlo rejeita na sua totalidade a portabilidade desta doença (n=40, 100%, anexo 1, quadro 34).

### **8.1.3. Comparação de Amostras**

Para comparar as características socio-demográficas das amostras em estudo realizámos o teste de Levene e o teste t de student para as variáveis numéricas e comparámos a média, mediana e moda das variáveis não numéricas.

No que respeita à variável idade (anexo 1, quadro 3) podemos aceitar a igualdade de médias uma vez que do teste de Levene podemos concluir que as variâncias são iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,542$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significâncias usuais  $\alpha=1\%$  e  $\alpha=5\%$  o teste não é significativo pelo que aceitamos a hipótese de igualdade de médias.

Em relação ao estado civil (anexo 1, quadros 4 e 5) observa-se que tanto na amostra experimental como na amostra de controlo a maioria dos sujeitos são solteiros, sendo que a prevalência desta característica é menor no grupo de controlo onde o estado civil “casado” aparece com alguma relevância.

A igualdade das médias das amostras é também verificada no que respeita ao número de filhos (anexo 1, quadro 7). Do teste de Levene podemos concluir que as variâncias são iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,198$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significâncias usuais  $\alpha=1\%$  e  $\alpha=5\%$  o teste não é significativo pelo que aceitamos a hipótese de igualdade de médias.

Da análise da variável habilitações literárias (anexo 1, quadros 8 e 9) verificamos que, em ambas as amostras, os sujeitos abandonaram maioritariamente o percurso escolar após a conclusão do 2.º ciclo, sendo esta característica mais evidente no grupo de controlo.

No que concerne à idade do abandono escolar o teste de Levene aponta-nos que as variâncias não são diferentes (anexo 1, quadro 12). Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,150$  (sig 2 tailed) que nos indica que, para os níveis de significância usuais  $\alpha=1\%$  e  $\alpha=5\%$ , o teste não é significativo, pelo que aceitamos a hipótese de igualdade de médias.

Da análise podemos verificar que no grupo experimental a maioria dos sujeitos é o mais novo ( $n=13$ , 32,5%, anexo 1, quadro 13) na fratria familiar, prevalência que está muito próxima do indicador irmão mais velho ( $n=12$ , 30%). No grupo de controlo o indicador irmão mais velho é o que tem maior prevalência ( $n=17$ , 42,5%, anexo 1, quadro 14), sendo que existem 13 sujeitos que são os irmãos mais novos (32,5%). De realçar que existe uma diferença significativa no que respeita ao indicador filho único:  $n=6$  (15%) no grupo experimental e  $n=1$  (2,5%) no grupo de controlo.

Ao nível dos indicadores das variáveis habilitações literárias do pai e habilitações literárias da mãe observamos que, em ambos os grupos, tanto pai como mãe têm maioritariamente o 1º ciclo (anexo 1, quadros 15, 16, 17 e 18).

Relativamente ao consumo de substâncias psicoactivas pelos familiares das amostras, verifica-se que, no caso da amostra de controlo, o seu uso é recusado por todos os sujeitos.

Esta recusa observa-se também para a maioria da amostra experimental sendo que o segundo indicador com maior prevalência no consumo de drogas pelos familiares é: pai (n=12, 30%, anexo 1, quadro 19) no caso do álcool e irmãos no consumo de cocaína (n=7, 17,5%, anexo 1, quadro 21), haxixe (n=17, 42,5%, anexo 1, quadro 23) e heroína (n=9, 22,5%, anexo 1, quadro 25).

Em relação à história familiar de tratamento psiquiátrico ou psicológico verifica-se que em oposição ao grupo de controlo que não identifica nenhum caso, no grupo experimental, apesar da maioria dos indivíduos não registar nenhuma história (n=28, 70.0%, anexo 1, quadro 27), esta variável é identificada nos indicadores Pai (n=2, 5.0%); Mãe (n=2, 5.0%) e Irmãos (n=8, 20%).

No que diz respeito ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), 75% da amostra experimental afirma que não é portador do vírus (n=30, anexo 1, quadro 29), sendo os restantes indivíduos seropositivos (n=10, 25%). No grupo de controlo 97,5 % (n=39, anexo 1, quadro 30) dos sujeitos refere que não é portador do vírus da imunodeficiência humana e apenas uma das pessoas diz não saber se é ou não portador deste vírus (2,5%).

Relativamente à Hepatite B, 36 dos indivíduos da amostra experimental referem que não estão infectados (90%, anexo 1, quadro 31), duas pessoas não sabem (5%) e duas assumem ser portadores desta doença (5%). No grupo de controlo a situação anterior repete-se sendo que o número de não portadores de Hepatite B aumenta para 95% (n=38, anexo 1, quadro 32). 5 % da amostra confirma a infecção por esta doença (n=2).

No caso da Hepatite C a maioria da amostra experimental afirma ser portador da doença (n=25, 62.5%, anexo 1, quadro 33) e em 15 casos a presença desta maleita é negada (37.5%). A amostra de controlo rejeita na sua totalidade a portabilidade desta doença (n=40, 100%, anexo 1, quadro 34).

## 8.2. FES – FORMA R

### 8.2.1. Amostra Experimental

Tabela 4 - FES – Coesão, Expressividade, Conflito, Independência; Orientação para o sucesso – Grupo Experimental - Medidas de tendência central

	FES - Coesão	FES - Expressividade	FES - Conflito	FES - Independência	FES - Orientação para o Sucesso
N Valid	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0
Mean	2,9250	3,1500	6,3500	3,1000	2,9750
Median	2,0000	3,0000	7,0000	3,0000	3,0000
Mode	2,00	1,00	7,00	3,00	2,00(a)
Std. Deviation	1,81712	1,67255	1,16685	1,08131	1,36790

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabela 5 - FES – Orientação Intelecto-cultural, Orientação recreativa, Ênfase religiosa, organização, Controlo – Grupo Experimental - Medidas de tendência central

	FES - Orientação Intelecto-cultural	FES - Orientação Recreativa	FES - Ênfase Religiosa	FES - Organização	FES - Controlo
N Valid	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0
Mean	3,4250	2,5500	3,0250	2,9250	2,8750
Median	3,0000	2,0000	3,0000	3,0000	3,0000
Mode	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00
Std. Deviation	1,46563	1,33877	1,94129	1,57525	1,13652

No que respeita à análise da forma R da FES quando aplicada à amostra experimental podemos verificar: níveis de coesão consideravelmente abaixo da média (baixos graus de compromisso, ajuda e apoio família), níveis de expressividade bem abaixo da média (os

membros da família não são encorajados a actuar abertamente e a expressar directamente os seus sentimentos), níveis de conflito consideravelmente acima da média (elevados níveis de raiva, de agressão e de conflito abertamente expressados entre membros da família), níveis de independência consideravelmente abaixo da média (os membros da família são pouco assertivos, pouco auto-suficientes e têm muita dificuldade em tomar as suas próprias decisões), níveis de orientação para o sucesso bem abaixo da média (as actividades, tais como a escola e o trabalho, são pouco moldadas para o sucesso e para a vitória), níveis de orientação intelecto-cultural bem abaixo da média (baixo interesse em actividades políticas, sociais, intelectuais e culturais), níveis de orientação recreativa bem abaixo da média (fraca participação em actividades sociais e recreativas), níveis de ênfase religiosa bem abaixo da média (dão pouca importância a regras e valores ético-morais), níveis de organização bem abaixo da média (são pouco organizados e estruturados no planeamento de actividades e responsabilidades familiares), níveis de controlo abaixo da média (existem poucas regras e procedimentos na regulamentação da vida em família).

### 8.2.2. Amostra de Controlo

Tabela 6 - FES – Orientação Intelecto-cultural, Orientação recreativa, Ênfase religiosa, organização, Controlo – Grupo de Controlo - Medidas de tendência central

	FES - Coesão	FES - Expressividade	FES - Conflito	FES - Independência	FES - Orientação para o Sucesso
N Valid	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0
Mean	4,4500	5,6250	3,6000	5,0000	4,5500
Median	5,0000	6,0000	4,0000	5,0000	5,0000
Mode	2,00(a)	5,00	5,00	5,00	5,00
Std. Deviation	2,14775	1,25448	1,83694	1,35873	1,21845

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabela 7 - FES – Orientação Intelecto-cultural, Orientação recreativa, Ênfase religiosa, organização, Controlo – Grupo de Controlo - Medidas de tendência central

	FES - Orientação Intelecto-cultural	FES - Orientação Recreativa	FES - Ênfase Religiosa	FES - Organização	FES - Controlo
N Valid	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0
Mean	4,1250	2,9750	3,8750	4,1750	4,4000
Median	5,0000	3,0000	4,0000	4,0000	5,0000
Mode	5,00(a)	5,00	5,00	5,00	5,00
Std. Deviation	2,11451	1,73187	1,85621	1,48302	1,19400

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

No que respeita à análise da FES quando aplicada à amostra de controlo podemos verificar: níveis de coesão bem abaixo da média (baixos graus de compromisso, ajuda e apoio família), níveis de expressividade dentro da média (os membros da família são encorajados a actuar abertamente e a expressar directamente os seus sentimentos), níveis de conflito dentro da média (moderados níveis de raiva, de agressão e de conflito abertamente expressados entre membros da família), níveis de independência bem abaixo da média (os membros da família são pouco assertivos, pouco auto-suficientes e têm muita dificuldade em tomar as suas próprias decisões), níveis de orientação para o sucesso abaixo da média (as actividades, tais como a escola e o trabalho, são pouco moldadas para o sucesso e para a vitória), níveis de orientação intelecto-cultural abaixo da média (baixo interesse em actividades políticas, sociais, intelectuais e culturais), níveis de orientação recreativa bem abaixo da média (fraca participação em actividades sociais e recreativas), níveis de ênfase religiosa bem abaixo da média (dão pouca importância a regras e valores ético-morais), níveis de organização bem abaixo da média (são pouco organizados e estruturados no planeamento de actividades e responsabilidades familiares), níveis de controlo dentro da média (tem capacidade para usar regras e procedimentos na sua vida).



### 8.2.3. Comparação de amostras

Tabela 8 - FES – Comparação de amostras – Coesão, Expressividade, Conflito, Independência, Orientação para o Sucesso

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Interval of the Difference	Confidence of the
									Lower	Upper
FES - Coesão	Equal variances assumed	3,943	,051	-3,428	78	,001	-1,52500	,44482	-2,41058	-,63942
	Equal variances not assumed			-3,428	75,917	,001	-1,52500	,44482	-2,41096	-,63904
FES - Expressividade	Equal variances assumed	6,290	,014	-7,487	78	,000	-2,47500	,33057	-3,13312	-1,81688
	Equal variances not assumed			-7,487	72,331	,000	-2,47500	,33057	-3,13393	-1,81607
FES - Conflito	Equal variances assumed	11,338	,001	7,992	78	,000	2,75000	,34409	2,06497	3,43503
	Equal variances not assumed			7,992	66,066	,000	2,75000	,34409	2,06302	3,43698
FES - Independência	Equal variances assumed	2,173	,145	-6,920	78	,000	-1,90000	,27456	-2,44661	-1,35339
	Equal variances not assumed			-6,920	74,258	,000	-1,90000	,27456	-2,44705	-1,35295
FES - Orientação para o Sucesso	Equal variances assumed	,253	,617	-5,438	78	,000	-1,57500	,28965	-2,15164	-,99836
	Equal variances not assumed			-5,438	76,979	,000	-1,57500	,28965	-2,15176	-,99824

Tabela 9 - FES – Comparação de amostras –, Orientação Intelecto-cultural, Orientação recreativa, Ênfase religiosa, Organização, Controlo

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FES - Orientação Intelecto-cultural	Equal variances assumed	10,193	,002	-1,721	78	,089	-,70000	,40679	-1,50986	,10986
	Equal variances not assumed			-1,721	69,446	,090	-,70000	,40679	-1,51144	,11144
FES - Orientação Recreativa	Equal variances assumed	7,600	,007	-1,228	78	,223	-,42500	,34611	-1,11405	,26405
	Equal variances not assumed			-1,228	73,346	,223	-,42500	,34611	-1,11474	,26474
FES - Ênfase Religiosa	Equal variances assumed	,097	,757	-2,002	78	,049	-,85000	,42468	-1,69547	-,00453
	Equal variances not assumed			-2,002	77,844	,049	-,85000	,42468	-1,69550	-,00450
FES - Organização	Equal variances assumed	,002	,962	-3,654	78	,000	-1,25000	,34208	-1,93103	-,56897
	Equal variances not assumed			-3,654	77,718	,000	-1,25000	,34208	-1,93107	-,56893
FES - Controlo	Equal variances assumed	,847	,360	-5,851	78	,000	-1,52500	,26064	-2,04389	-1,00611
	Equal variances not assumed			-5,851	77,811	,000	-1,52500	,26064	-2,04391	-1,00609

#### 8.2.3.1. Coesão

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,001$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de -1,5.

Da comparação de amostras podemos retirar que existem diferenças significativas ao nível da coesão familiar, apresentando as famílias dos doentes toxicodependentes baixos níveis de coesão o que está de acordo com o que nos indicam HAWKINS *et al* (1992) no seu estudo. HAWKINS *et al* (1992) referem que a baixa coesão da família constitui um factor de risco uma vez que as relações entre os pais e os filhos necessitam de proximidade. Quando os pais não se implicam nas actividades dos filhos, aumenta o risco do uso de drogas. Pelo contrário, quando as relações familiares são positivas, com implicação e coesão, constitui-se um factor de protecção para consumo de drogas. Assim, a coesão da família converte-se numa variável de grande relevância uma vez que a mesma se relaciona com outros factores familiares (por exemplo: o conflito familiar). Uma boa coesão familiar pode influenciar outros factores de risco, especialmente se através da família o indivíduo a interiorizou certos valores e normas que o levarão a recusar a substância ou, simplesmente, à sua não procura. Na mesma linha de pensamento POLLARD *et al* (1997) referem no seu estudo que uma boa coesão familiar constitui um factor de protecção para o consumo de drogas. OLSON *et al* (1983) e HUERTA (1999) afirmam que as crianças se desenvolvem bem quando crescem no seio de uma família saudável, assim designada por funcionar como um sistema aberto, com regras e papéis apropriados a cada situação, onde os seus membros comunicam, tolerando as diferenças individuais, o que favorece a coesão e promove o crescimento.

#### 8.2.3.2. Expressividade

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são diferentes pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas diferentes. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de -2,5.

Podemos verificar que existem diferenças significativas no que respeita ao nível de expressividade manifestada pelas amostras estudadas, sendo que a amostra experimental manifesta níveis de expressividade mais baixos o que está de acordo com a bibliografia consultada. Vários autores, entre os quais KRISTAL *et al* (1970), BASELGA (1972) e LENNINGS (1991), apresentaram dados no sentido de que o adicto tem dificuldade para tolerar os afectos ou modelá-los e que se traduz em excessiva impulsividade, alheamento às próprias emoções, vazio emocional ou ambivalência de sentimentos. Relacionando a expressividade com a coesão RAMOS (2004:117) refere-nos que “o sentimento de pertença a uma família, a uma comunidade, a uma cultura, dá o sentimento de segurança interna que favorece o desenvolvimento da criança e da resiliência”. O autor refere ainda que nas famílias que proporcionam segurança e afecto, as crianças aprendem a lidar melhor com as emoções e com os afectos e enfrentar os problemas quotidianos.

#### 8.2.3.3. Conflito

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são diferentes pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas diferentes. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 2,75.

Em relação ao conflito verificamos que existem diferenças significativas entre amostras, apresentando a amostra experimental níveis de conflitos superiores. Esta constatação é corroborada pelos estudos realizados por HAWKINS *et al* (1992), MONCADA (1997) e POLLARD *et al* (1997). Estes autores afirmam que o conflito familiar é um factor de risco para o consumo de drogas. Quando há uma situação de conflito ou ruptura familiar, o risco é mais elevado tanto para condutas delinquentes como para as condutas de uso de drogas. MUÑOZ-RIVAS *et al* (2000), num outro estudo, esclarecem que são variáveis, tais como os conflitos familiares, as características mais relevantes para explicar o consumo de drogas. Na mesma linha de pensamento BERKOWITZ *et al* (1986) diz-nos que os conflitos familiares são um factor que facilita o consumo de drogas nos adolescentes.

#### 8.2.3.4. Independência

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de -1,9.

Em relação à independência as amostras apresentam diferenças significativas, manifestando a amostra de doentes toxicodependentes níveis de independência mais baixos. MUÑOZ-RIVAS *et al* (2000) depois de uma revisão exaustiva - concluíram que o início precoce e posterior abuso de drogas está relacionado, entre outros factores, com uma forte necessidade de independência dos indivíduos.

#### 8.2.3.5. Orientação para o Sucesso

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de -1,6.

Em relação à orientação para o sucesso e à concretização de objectivos, a amostra experimental manifesta níveis mais baixos, o que pode estar relacionado com o estudo de CHARRO (1994). Nesta investigação, o autor referido, apresenta uma possível explicação para este facto ao referir que o elevado nível de frustração dos doentes toxicodependentes se pode deve a várias razões. Em primeiro lugar porque propõem objectivos que não podem alcançar, o seu nível de aspirações excedem os recursos que possuem. Para além disso porque apresentam angústia como consequência de sentimentos de abandono e insegurança, o que os podem “paralisar”. Outra das situações que pode condicionar a orientação para o sucesso está relacionada com a dificuldade de desenvolvimento do processo de separação-individação, que ao acontecer não dota os indivíduos de capacidades para a resolução autónoma dos seus objectivos (MAHLER, 1979).

#### 8.2.3.6. Orientação Intelecto-cultural

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são diferentes pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas diferentes. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,090$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste não é significativo pelo que aceitamos a hipótese de igualdade das médias, concluindo que as médias são iguais.

Em relação à orientação intelecto-cultural, os dados analisados revelam que não existem diferenças significativas entre as amostras. Estes dados estão em contradição com o que nos refere DOT (1988) uma vez que este autor nos diz que a falta de cultura e inteligência, características da maioria das famílias dos doentes toxicodependentes, não proporcionada o desenvolvimento destas competências no indivíduo dependente. A família dos doentes dependentes de drogas apresenta-se, assim, nociva quando, mesmo que involuntariamente, não cumpre o seu papel; as relações entre os seus membros são inadequadas; não transmite afecto ou transmite-o de forma errada; a falta de cultura e de inteligência, ou a pobreza, não permitem que a criança e posterior adolescente se adapte; os problemas psicológicos, o alcoolismo, a inadaptação social do pai, mãe ou irmãos são para a criança uma fonte de profundas perturbações (DOT, 1988).

#### 8.2.3.7. Orientação Recreativa

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são diferentes pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas diferentes. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,223$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste não é significativo pelo que aceitamos a hipótese de igualdade das médias, concluindo que as médias são iguais.

Os dados obtidos não estão de acordo com o que nos afirmam AYERBE *et al* (1997). Num estudo realizado por estes autores foram encontradas pontuações mais baixas na coesão, expressividade, interesse cultural e social recreativo no grupo dos adictos que no grupo de controlo.

#### 8.2.3.8. Ênfase Religiosa

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,049$  (sig 2 tailed). Para os níveis

de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste não é significativo mas para um  $\alpha = 5\%$  o teste já é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de -0,85.

Os dados obtidos, de menor ênfase religiosa na amostra dos doentes toxicodependentes, está de acordo com o pesquisado por MUÑOZ-RIVAS *et al* (2000) que, depois de uma revisão exaustiva, concluíram que os distintos factores relacionados com o início precoce e posterior abuso de drogas está relacionado, entre outros, com o predomínio de valores pessoais na ausência de valores pro-sociais e tradicionais (religião).

#### 8.2.3.9. Organização

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de -1,25.

Numa palavra a organização é o que garante solidez e durabilidade às inter-relações dentro do sistema, apesar de todas as perturbações aleatórias que o mesmo possa sofrer (MORIN, 1987). No que respeita a esta variável, a amostra experimental apresenta níveis de organização mais baixos que o grupo de controlo. Estes dados estão de acordo com o que NEEDLE *et al* (1988) revelaram no seu estudo ao afirmarem que o uso de drogas, a convivência com amigos que consomem drogas e a desvinculação familiar são formas de contornar problemas familiares de ruptura, desorganização e instabilidade. TRONICK *et al* (1986) referem que estes níveis de desorganização podem estar relacionados com sentimentos do indivíduo acerca da vivência em família. Um indivíduo angustiado ou aflito é incapaz de manter um envolvimento organizado com uma pessoa ou com um objecto, devido à desorganização do seu estado emocional.

#### 8.2.3.10. Controlo

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis

de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de -1,52.

Verificamos assim que amostra experimental apresenta níveis de controlo familiar mais baixos que a amostra de controlo. Vários estudos sobre a conduta dos progenitores indicam que o afecto e o controlo ou, em outras palavras, exigência e sensibilidade são as dimensões básicas da conduta dos progenitores (BAUMRIND, 1991). HAWKINS *et al* (1992) resumem este facto indicando que o risco de abuso de drogas aumenta quando as práticas de controlo da família se caracterizam por expectativas pouco claras quanto à conduta adequada, escasso controlo e seguimento das suas condutas, poucos ou inconsistentes reforços por uma conduta positiva e castigos excessivamente severos e inconsistentes para uma conduta não desejada. Para PETTERSON *et al* (1992) estratégias de controlo familiar inadequadas, incluindo carência de claras expectativas de conduta adequada, o fracasso dos pais em controlar os seus filhos e castigo excessivamente severo ou inconsistente aumentam o risco de abuso de drogas.

### 8.3. FAM III

#### 8.3.1. Amostra Experimental

Tabela 10 - FAM III – Escala Geral – Realização de Tarefas, Desempenho de papéis, Comunicação, Expressão afectiva, Envolvimento geral – Grupo Experimental - Medidas de tendência central

	FAM III - Escala Geral - Realização de tarefas	FAM III - Escala Geral - Desempenho de papéis	FAM III - Escala Geral - Comunicação	FAM III - Escala Geral - Expressão afectiva	FAM III - Escala Geral - Envolvimento geral
N Valid	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0
Mean	65,1500	65,3000	65,0000	64,8000	66,6000
Median	68,0000	66,0000	67,0000	64,0000	68,0000
Mode	74,00	70,00	74,00	72,00	68,00
Std. Deviation	10,11612	7,85183	9,14835	10,11523	8,74951



Tabela 11 - FAM III – Escala Geral – Controlo, Normas e valores, Média ponderada, Nível de ansia social, Grau de defesa – Grupo Experimental - Medidas de tendência central

	FAM III - Escala Geral - Controlo	FAM III - Escala Geral - Normas e valores	FAM III - Escala Geral - Média ponderada	FAM III - Escala Geral - Nível de ansia social	FAM III - Escala Geral - Grau de Defesa
N Valid	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0
Mean	67,7500	64,2500	65,5500	49,7750	51,1500
Median	72,0000	64,0000	67,0000	50,0000	50,0000
Mode	72,00	70,00	67,00	54,00	46,00(a)
Std. Deviation	9,52392	6,84161	7,13945	6,31030	5,35676

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

De acordo com os dados obtidos verifica-se que, no que diz respeito à realização de tarefas, o grupo experimental apresenta maioritariamente um padrão de doença (média=65,15), o que se traduz na não realização de tarefas básicas; inabilidade para responder adequadamente às mudanças no ciclo familiar; dificuldades na identificação de tarefas, previsão de potenciais soluções e implementação de mudanças e; maior probabilidade de se originar crise quando submetido a uma situação de stress.

O padrão de doença volta a manifestar-se em relação ao desempenho de papéis (média=65,3000), apresentando o grupo experimental um padrão caracterizado por uma insuficiente integração do seu papel na família, falta de concordância na definição de papéis, inabilidade para se adaptar a novos papeis requeridos durante a evolução da família no ciclo vital, e papéis muito rigidificados.

A análise da variável comunicação evidenciou que o grupo experimental apresenta um padrão de doença (média=65,00) caracterizado por comunicações insuficientes, desordenadas ou

ambíguas, falta de acordo mútuo na compreensão do comunicado entre os membros da família e inabilidade para procurar esclarecer a situação no caso de se gerar alguma confusão.

Na variável expressão afectiva voltamos a encontrar o padrão doença (média=64,80) que se traduz numa inadequada comunicação afectiva que envolve uma insuficiente expressão e inibição de emoções apropriadas às situações.

No envolvimento geral o grupo experimental volta a manifestar padrão de doença (média=66,60) apresentando ausência de envolvimento entre os membros de família ou interesses destituídos de sentimentos, quando existe envolvimento este pode ser narcisista, ou num grau extremo, simbiótico, e os membros da família podem exhibir insegurança e/ou falta de autonomia.

No que respeita ao controlo verifica-se que existe um padrão de doença (média=67,75) que se manifesta através de modelos de influência que não permitem que a família domine as rotinas da vida quotidiana, fracasso em perceber e ajustar-se quando as exigências de vida se modificam, pode ser extremamente predizível (escassez ou rigidez na flexibilidade e espontaneidade) ou, no outro extremo, caótico, as tentativas de controlo são destrutivas ou muito tímidas, caracterizado por lutas de poder públicas ou cobertas.

Ao nível das normas e valores observou-se um padrão de doença (média=64,25) o que significa que o grupo experimental apresenta componentes do sistema de valor da família dissonantes que originam confusão e tensão, conflito entre os valores da família e os da cultura em que esta está inserida, as regras explicitamente determinadas são subvertidas por regras implícitas.

No que diz respeito à média ponderada das variáveis acima referidas verificamos que a amostra experimental manifesta um marcado desajustamento familiar (média=65,5), podendo considerar estes dados com válidos uma vez que nível de ansia social e grau de defesa apresentam médias de pontuações de 49,77 e 51,15 respectivamente.

### 8.3.2. Amostra de controlo

Tabela 12 - FAM III – Escala Geral – Realização de Tarefas, Desempenho de papéis, Comunicação, Expressão afectiva, Envolvimento geral – Grupo de Controlo - Medidas de tendência central

	FAM III - Escala Geral - Realização de tarefas	FAM III - Escala Geral - Desempenho de papéis	FAM III - Escala Geral - Comunicação	FAM III - Escala Geral - Expressão afectiva	FAM III - Escala Geral - Envolvimento geral
N Valid	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0
Mean	49,8000	51,0000	51,7000	54,1500	53,0500
Median	48,0000	50,0000	50,0000	50,0000	50,0000
Mode	44,00(a)	48,00	50,00(a)	50,00	50,00
Std. Deviation	8,80326	7,92270	8,14673	8,90275	9,91231

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabela 13 - FAM III – Escala Geral – Controlo, Normas e valores, Média ponderada, Nível de ansia social, Grau de defesa – Grupo de Controlo - Medidas de tendência central

	FAM III - Escala Geral - Controlo	FAM III - Escala Geral - Normas e valores	FAM III - Escala Geral - Média ponderada	FAM III - Escala Geral - Nível de ansia social	FAM III - Escala Geral - Grau de Defesa
N Valid	40	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0	0
Mean	55,3000	55,8500	53,0000	52,6500	53,5000
Median	56,0000	56,0000	53,0000	54,0000	52,0000
Mode	52,00	56,00	51,00(a)	56,00	46,00
Std. Deviation	7,54542	8,90275	6,48470	9,37413	7,58541

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

De acordo com os dados obtidos verifica-se que, no que diz respeito à realização de tarefas, o grupo de controlo apresenta maioritariamente um padrão de normalidade (média=49,8000), o

que se traduz na realização de tarefas básicas; flexibilidade e adaptabilidade para novas tarefas; facilidade na identificação de tarefas, previsão de potenciais soluções e implementação de mudanças e; capacidade de produzir respostas adequadas quando submetido a uma situação de stress.

O padrão de normalidade volta a manifestar-se em relação ao desempenho de papéis (média=51,0000), apresentando o grupo de controlo um padrão caracterizado por uma regras bem integradas (os membros da família entendem o que deles é esperado deles, concordam com o seu papel e actuam em conformidade), facilidade de adaptação a novos papéis requeridos durante a evolução da família no ciclo vital.

A análise da variável comunicação evidenciou que o grupo de controlo apresenta um padrão de normalidade (média=51,7000) caracterizado por comunicações com suficientes informações, organizadas de forma ordenada e lógica, mensagens directas e claras, acordo mútuo na compreensão do comunicado entre os membros da família e capacidade para procurar esclarecer a situação no caso de se gerar alguma confusão.

Na variável expressão afectiva voltamos a encontrar o padrão de normalidade (média=54,1500) que se traduz numa comunicação afectiva caracterizada pela expressão de todas as emoções sentidas, adequando a sua intensidade ao contexto.

No envolvimento geral o grupo de controlo volta a manifestar padrão de normalidade (média=53,0500) apresentando envolvimento empático entre os membros da família, que se apoiam e fornecem uns aos outros segurança emocional e autonomia funcional.

No que respeita ao controlo verifica-se que existe um padrão de normalidade (média=55,3000) que se manifesta através de um envolvimento entre os membros de família com expressão afectiva, capacidade de adaptação às condições ambientais sem desenvolvimento de crises, um sistema de controlo suficientemente flexível que englobe e suporte manifestações espontâneas e que vê os imprevistos como uma possibilidade de aprendizagem e evolução.

Ao nível das normas e valores observou-se um padrão de normalidade (média=55,8500) o que significa que o grupo de controlo apresenta componentes do sistema de valor da família em consonância com os da cultura e não existem dissonâncias entre as regras implícitas e explícitas.

No que diz respeito à média ponderada das variáveis acima referidas verificamos que a amostra de controlo manifesta um comportamento familiar normal (média=53,0000), podendo considerar estes dados válidos uma vez que o nível de ansia social e grau de defesa apresentam médias de pontuações de 52,65 e 53,50 respectivamente.

### 8.3.3. Comparação de amostras

Tabela 14 - FAM III- Comparação de amostras – Realização de tarefas, Desempenho de papéis, Comunicação, Expressão afectiva

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Interval Difference	Confidence of the
									Lower	Upper
FAM III - Escala Geral - Realização de tarefas	Equal variances assumed	2,460	,121	7,239	78	,000	15,35000	2,12034	11,12873	19,57127
	Equal variances not assumed			7,239	76,540	,000	15,35000	2,12034	11,12746	19,57254
FAM III - Escala Geral - Desempenho de papéis	Equal variances assumed	,329	,568	8,108	78	,000	14,30000	1,76366	10,78881	17,81119
	Equal variances not assumed			8,108	77,994	,000	14,30000	1,76366	10,78881	17,81119
FAM III - Escala Geral - Comunicação	Equal variances assumed	2,332	,131	6,867	78	,000	13,30000	1,93689	9,44395	17,15605
	Equal variances not assumed			6,867	76,974	,000	13,30000	1,93689	9,44314	17,15686
FAM III - Escala Geral - Expressão afectiva	Equal variances assumed	,439	,509	4,999	78	,000	10,65000	2,13059	6,40832	14,89168
	Equal variances not assumed			4,999	76,762	,000	10,65000	2,13059	6,40724	14,89276

Tabela 15 - FAM III – Comparação de amostras – Envolvimento Geral, Controlo, Normas e Valores, Média Ponderada, Nível de ansia social

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FAM III - Escala Geral - Envolvimento geral	Equal variances assumed	,302	,584	6,482	78	,000	13,55000	2,09050	9,38813	17,71187
	Equal variances not assumed			6,482	76,816	,000	13,55000	2,09050	9,38712	17,71288
FAM III - Escala Geral - Controlo	Equal variances assumed	4,183	,044	6,480	78	,000	12,45000	1,92119	8,62521	16,27479
	Equal variances not assumed			6,480	74,122	,000	12,45000	1,92119	8,62205	16,27795
FAM III - Escala Geral - Normas e valores	Equal variances assumed	,934	,337	4,732	78	,000	8,40000	1,77529	4,86566	11,93434
	Equal variances not assumed			4,732	73,153	,000	8,40000	1,77529	4,86197	11,93803
FAM III - Escala Geral - Média ponderada	Equal variances assumed	1,080	,302	8,230	78	,000	12,55000	1,52498	9,51399	15,58601
	Equal variances not assumed			8,230	77,289	,000	12,55000	1,52498	9,51355	15,58645
FAM III - Escala Geral - Nível de ansia social	Equal variances assumed	4,125	,046	-1,609	78	,112	-2,87500	1,78672	-6,43208	,68208
	Equal variances not assumed			-1,609	68,324	,112	-2,87500	1,78672	-6,44003	,69003

Tabela 16 - FAM III – Comparação de amostras – Grau de Defesa

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FAM III - Escala Geral - Grau de Defesa	Equal variances assumed	8,647	,004	-1,601	78	,114	-2,35000	1,46828	-5,27311	,57311
	Equal variances not assumed			-1,601	70,152	,114	-2,35000	1,46828	-5,27827	,57827

#### 8.3.3.1. Realização de tarefas

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 15.

No que diz respeito à realização de tarefas, os doentes toxicodependentes, em oposição às pessoas não consumidoras de drogas, apresentam maiores dificuldades em cumprir tarefas básicas e responder adequadamente às mudanças no ciclo de vida familiar sem desencadear uma crise porque cresceram numa família com funcionamento perturbado, muitas vezes captativas e aglutinadoras, onde os comportamentos mais infantis dos adolescentes são gratificados e os movimentos de autonomia e afirmação não são estimulados. (STIERLIN citado por FLEMING, 1995) Desta forma, os indivíduos não conseguem adquirir autonomia suficiente para realizarem as suas tarefas. Esta facto é acentuado devido ao facto do familiar co-dependente, embora não consuma, contribui de várias formas, na maioria das vezes inconscientemente, para o desenvolvimento da disfuncionalidade (Beattie, 2005).

### 8.3.3.2. Desempenho de papéis

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 14.

Em relação ao desempenho de papéis, as diferenças significativas manifestadas entre o grupo de doentes toxicodependentes e o grupo controlo podem ser explicadas pelo que nos referiu STIERLIN (citado por FLEMING, 1995). De facto, também nesta variável, a falta de afirmação promovida pelo ambiente familiar em que a pessoa adicta cresceu e vive vai provocar uma insuficiente integração do papel, falta de acordo quanto à definição da sua função e incapacidade de se adaptar a novas funções exigidas na evolução do ciclo de vida familiar.

### 8.3.3.3. Comunicação

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 13.

Estes dados estão de acordo com o estudo apresentado por Carmena et al (2003) que nos diz que uma comunicação familiar elevada, qualquer que seja a estrutura familiar, funciona como factor protector para o consumo de drogas. Desta forma, um grau de comunicação familiar baixo é indicador de uma probabilidade maior para o consumo de drogas. Este estudo, que se centrou na análise da relação entre as variáveis estrutura familiar e comunicação, refere-nos ainda que o consumo de cannabis ocorre em primeiro lugar em famílias monoparentais com níveis baixos de comunicação (50,2%). Em segundo lugar o consumo aparece em famílias nucleares com níveis baixos de comunicação (42,2%). Em terceiro estão as famílias monoparentais com níveis elevados de comunicação (30,3%). A prevalência manifesta-se mais baixa nas famílias de estrutura nuclear com níveis altos de comunicação (23,6%). Os autores concluíram assim que a comunicação familiar é uma variável de vital importância no consumo de cannabis uma vez que, para além da influência que a estrutura familiar possa ter, níveis de comunicação familiar baixos são um factor de risco muito evidente.



#### 8.3.3.4. Expressão afectiva

Do teste de Levene concluímos que as variâncias não são diferentes pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 10.

Os dados encontrados seguem a mesma linha que muitos outros estudos que revelam que o adicto, mais do que a pessoa que não consome substâncias psicoactivas, tem dificuldade para tolerar os afectos ou modelá-los, excessiva impulsividade, alheamento às próprias emoções, vazio emocional ou ambivalência de sentimentos (KRISTAL *et al*, 1970, BASELGA, 1972; LENNINGS, 1991). Na mesma direcção situa-se a presença de intensas vivências de agressividade, que se exteriorizam (CAGLAR, 1977) ou não (TIMSIT *et al*, 1981).

#### 8.3.3.5. Envolvimento geral

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são diferentes pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas diferentes. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 13.

Os dados encontrados vão de encontro ao afirmado por HAWKINS *et al* (1992) que, através dos seus estudos, nos refere que o envolvimento geral do indivíduo com a sua família influencia o consumo de drogas sendo considerado um factor de risco familiar quando se regista em baixos níveis. Quando dentro da família as relações entre os pais e os filhos carecem de proximidade e a mãe não se implica nas actividades familiares, incrementa-se a probabilidade de uso de drogas. Pelo contrário, quando as relações são positivas, com implicação e apego, estas constituem um factor de protecção para o consumo de drogas. Desta forma, segundo o autor, o envolvimento geral com a família revela-se uma variável de grande importância, até mesmo porque esta se relaciona com outros factos de risco (por exemplo o conflito familiar), podendo-os contrariar, especialmente se a família vive com certos valores e

normas que levam à recusa da substância ou à sua não-procura. Desta forma o doente toxicodependente rejeita o contacto com as outras pessoas e não mostra interesse por estabelecer relações profundas, sendo que nas raras vezes que o estabelecem, não são capazes de modelar as suas emoções. (CHARRO, 1994)

#### 8.3.3.6. Controlo

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 12.

Os dados obtidos estão de acordo com o encontrado em várias investigações. STIERLIN (citado por FLEMING, 1995) refere-nos que, à semelhança dos dados obtidos, em que os indivíduos toxicodependentes manifestam maior dificuldade em influenciar a sua família do que o grupo de controlo, também as famílias perturbadas podem derivar ser originadas através de um modelo centrípeto. Nestas famílias, geralmente muito captativas e aglutinadoras dos seus elementos, os comportamentos mais infantis dos adolescentes são gratificados e os movimentos de autonomia e afirmação não são estimulados.

Outros autores referem ainda que as famílias em que existe um membro toxicodependente descrevem-se a si mesmas como desvinculadas e rígidas. Podemos dizer, que são famílias em que os seus membros não se apoiam uns aos outros, não há companheirismo e têm pouca capacidade de se flexibilizar e modificar a sua estrutura para se adaptar às variações do contexto produzidas por modificações nos seus membros ou no ambiente em que vivem (CONSTANTINI *et al*, 1992). Os indivíduos em níveis superiores de consumo caracterizam-se, assim, por manterem uma relação fria e marcada por um controlo deficiente na relação com os seus progenitores. As tentativas de afirmação são na maioria das vezes fracassadas o que se traduz em intensas vivências de agressividade, que se exteriorizam (CAGLAR, 1977) ou não (TIMSIT *et al*, 1981). CHARRO (1992) diz-nos ainda que os doentes toxicodependentes não suportam as dificuldades e têm um baixo nível de tolerância à frustração.

#### 8.3.3.7. Normas e valores

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 8.

Ao nível das normas e valores, a investigação confirmou os dados encontrados na literatura, uma vez que, tal como verbalizado por Kandel (1992), os indivíduos dependentes de substância psicoactivas manifestaram, com maior relevância do que o grupo controlo, uma ideologia inconformista com os valores sociais. MUÑOZ-RIVAS et al (2000), depois de uma revisão exaustiva, concluíram que os distintos factores relacionados com o início precoce e posterior abuso de drogas está relacionado com: a ausência de valores etico-morais, o predomínio de valores pessoais na ausência de valores pro-sociais e tradicionais (religião), a ausência de normas e uma escassa interiorização das regras sociais de auto-restrição de impulsos.

#### 8.3.3.8. Média

Do teste de Levene concluímos que as variâncias são iguais pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas iguais. Aí encontramos o  $p\text{ value}=0,000$  (sig 2 tailed). Para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$  o teste é significativo pelo que rejeitamos a hipótese nula de igualdade das médias, concluindo que as médias são diferentes centradas em torno de 12,55.

Da análise dos dados obtidos pela comparação das médias das amostras verificamos que existem diferenças significativas entre o grupo de doentes toxicodependentes e o grupo de indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais. Pode-se concluir que a amostra experimental, em oposição à amostra de controlo, apresenta uma dinâmica familiar marcadamente desajustada.

#### 7.3.3.9. Nível de ansia social e Grau de Defesa

Nível de ansia social – Do teste de Levene concluímos que as variâncias são diferentes pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas diferentes. Aí encontramos o  $p$

$value=0,112$  (sig 2 tailed). Podemos considerar que o teste não é significativo, aceitando a hipótese de igualdade das médias, dado verificar-se uma diferença média de 2,87 que não é significativa para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$ . Um intervalo de confiança de 99% conteria a origem.

Grau de Defesa – Do teste de Levene concluímos que as variâncias são diferentes pelo que devemos utilizar a linha das variâncias supostas diferentes. Aí encontramos o  $p\ value=0,114$  (sig 2 tailed). Podemos considerar que o teste não é significativo, aceitando a hipótese de igualdade das médias, dado verificar-se uma diferença média de 2,35000 que não é significativa para os níveis de significância usuais  $\alpha = 1\%$ . Um intervalo de confiança de 99% conteria a origem.

Da análise das variáveis verificamos que tanto no nível de ansia social, como no grau de defesa, as amostras manifestam o mesmo tipo de apresentação. Assumimos assim a validade da FAM em ambas as amostras estudadas.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

O abuso no consumo de drogas lícitas e ilícitas e a evolução que o fenómeno da dependência de drogas experimentou, ao longo dos anos, constituem um problema de saúde pública na maioria dos países pelas múltiplas consequências negativas que o consumo de drogas provoca sobre o desenvolvimento emocional e físico das pessoas (WINTERS *et al*, 2002).

Para alguns jovens e adolescentes, experimentar o consumo de drogas lícitas e ilícitas constitui um ritual necessário para atravessar a fase de individuação. Assim, poder-se-ia dizer que a maior parte desses jovens experimentam ou consomem ocasionalmente substâncias psicoactivas. Influenciados geralmente pelo grupo de pares, fazem uso de substâncias de maneira ocasional e não desenvolvem necessariamente dependência. No entanto, para aqueles jovens e adolescentes que apresentam personalidades complexas, o consumo de drogas constitui, com frequência, a única alternativa para enfrentar problemas pessoais, tornando estas pessoas mais sensíveis à dependência de drogas.

Diversos estudos realizados durante as últimas décadas têm estudado a origem e a trajectória do uso de drogas. Destas investigações identificaram-se vários tipos de factores que diferenciam os indivíduos que consomem substâncias psicoactivas dos que não os usam. Os factores associados a um maior potencial para o uso de drogas denominam-se por “factores de risco”. Por outro lado, os que estão associados a uma redução da probabilidade de uso de drogas chama-se de “factores de protecção”. Quantos mais factores de risco estiverem presentes em determinada situação, maior é a probabilidade para o abuso de drogas. Para além disto, quanto maior for o tempo de exposição a determinado factor de risco, maior é o risco de ocorrerem consumos de drogas.

Os factores de risco e protecção foram organizados e classificados atendendo a diferentes critérios. A classificação mais tradicional divide os factores de risco em duas categorias básicas: contextuais e individuais (interpessoais). A primeira categoria inclui uma ampla

variedade de factores sociais e culturais que estão relacionados com as normas e regras da sociedade, a disponibilidade e a aceitação social do consumo de drogas. A segunda categoria inclui aspectos relativos aos indivíduos e aos seus ambientes interpessoais (a escola, o grupo de amigos e a família).

A importância do ambiente familiar, particularmente dos pais, como determinante do ajuste psicológico e social dos filhos, está amplamente reconhecida pelos investigadores. A família é o ambiente social básico da criança e do adolescente, por ser o local onde passa grande parte do seu tempo. O contexto familiar pode converter-se numa fonte positiva de adaptação ou, pelo contrário, de stress, dependendo da qualidade da relação entre os membros da família.

Com o intuito de se explorar e clarificar os factores familiares relevantes no consumo de drogas e conhecer as diferenças no ambiente familiar entre um grupo de consumidores e outro de não consumidores de substâncias psicoactivas.

Desta forma e após uma extensa revisão de literatura, surgiu-nos o seguinte problema de investigação: Será que existem diferenças significativas nos padrões de dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e dos indivíduos não toxicodependentes?

Para responder a esta pergunta foram aplicadas duas escalas de avaliação da dinâmica familiar a duas amostras, uma de doentes toxicodependentes e outra de indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais. Da análise da forma R da FES podemos retirar que os doentes toxicodependentes, em oposição aos outros indivíduos, apresentam famílias com níveis de:

- **Coesão mais baixos** (baixos graus de compromisso, ajuda e apoio família);
- **Expressividade mais baixos** (os membros da família não são encorajados a actuar abertamente e a expressar directamente os seus sentimentos);
- **Conflito mais altos** (elevados níveis de raiva, de agressão e de conflito abertamente expressados entre membros da família);
- **Independência mais baixos** (os membros da família são pouco assertivos, pouco auto-suficientes e têm muita dificuldade em tomar as suas próprias decisões);
- **Orientação para o sucesso mais baixos** (as actividades, tais como a escola e o trabalho, são pouco moldadas para o sucesso e para a vitória);
- **Ênfase religiosa mais baixos** (dão pouca importância a regras e valores ético-morais);

- **Organização mais baixos** (são pouco organizados e estruturados no planeamento de actividades e responsabilidades familiares);
- **Controlo mais baixos** (existem poucas regras e procedimentos na regulamentação da vida em família).

De acordo com os dados obtidos pela aplicação da FAM verifica-se que os doentes toxicodependentes, ao contrário dos outros indivíduos, apresentam famílias com **desajustamento familiar**:

- **Na realização de tarefas** (não realização de tarefas básicas; inabilidade para responder adequadamente às mudanças no ciclo familiar; dificuldades na identificação de tarefas, previsão de potenciais soluções e implementação de mudanças e; maior probabilidade de se originar crise quando submetido a uma situação de stress)
- **No desempenho de papéis** (insuficiente integração do seu papel na família, falta de concordância na definição de papéis, inabilidade para se adaptar a novos papeis requeridos durante a evolução da família no ciclo vital, e papéis muito rigidificados);
- **Na comunicação** (comunicações insuficientes, desordenadas ou ambíguas, falta de acordo mútuo na compreensão do comunicado entre os membros da família e inabilidade para procurar esclarecer a situação no caso de se gerar alguma confusão);
- **Na expressão afectiva** (inadequada comunicação afectiva que envolve uma insuficiente expressão e inibição de emoções apropriadas às situações);
- **No envolvimento geral** (ausência de envolvimento entre os membros de família ou interesses destituídos de sentimentos, quando existe envolvimento este pode ser narcisista, ou num grau extremo, simbiótico e os membros da família podem exhibir insegurança e/ou falta de autonomia);
- **No controlo** (modelos de influência que não permitem que a família domine as rotinas da vida quotidiana, fracasso em perceber e ajustar-se quando as exigências de vida se modificam, pode ser extremamente predizível – escassez ou rigidez na flexibilidade e espontaneidade – ou, no outro extremo, caótico, as tentativas de controlo são destrutivas ou muito tímidas, caracterizado por lutas de poder públicas ou cobertas);
- **Nas normas e valores** (apresenta componentes do sistema de valor da família dissonantes que originam confusão e tensão, conflito entre os valores da família e os da cultura em que esta está inserida, as regras explicitamente determinadas são subvertidas por regras implícitas);

Com a realização deste estudo conseguimos obter uma compreensão mais ampla sobre a dinâmica familiar das famílias dos doentes toxicodependentes, o que pode contribuir para melhorar a intervenção. Os resultados obtidos podem permitir delinear pistas que podem ser úteis para uma intervenção mais eficaz (prevenção e acompanhamento clínico) com esta população. Assim, pensamos que esta população deveria beneficiar de serviços que privilegiem a abordagem familiar sistémica.

Em termos de reflexão final parece-nos importante referir que:

- O reduzido tamanho da amostra implica que dificilmente se poderão inferir resultados, sendo mais prudente circunscrevê-los aos grupos estudados;
- Partindo do conjunto dos resultados, poderemos com alguma segurança afirmar que os nossos resultados dão resposta às questões que inicialmente colocámos para a realização desta dissertação.



## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. (1988). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- AKERMAN, N. W. (1986). *Diagnóstico e Tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ALARCÃO, M. (2002). Familiares, (des) Equilíbrios. In O. GONÇALVES (coord.), *Colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria n.º 16*. Coimbra: Quarteto Editora.
- ALMEIDA, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ATKINSON, L., & MURRAY, M. (1989). *Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- AYERBE, A., ESPINA, A., PUMAR, B., GARCÍA, E., & SANTOS, A. (n.º3 de 1997). Clima familiar y características sociodemográficas em famílias de toxicómanos. *Adicciones*.
- BARKER, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climpesi Editores.
- BARNEA, Z., TEICHMAN, M., & RAHAV, G. (n.º 21 de 1992). Personality, cognitive and interpersonal factors in adolescent substance use: a longitudinal test of an integrative model. *Journal of youth and adolescence*.
- BASELGA, E. (1972). *Los drogadictos*. Madrid: Guadarrama.
- BAUMRIND, D. (1975). Early socialization and adolescent competence. In S. GRAGASTIN, & G. H. ELDER (eds), *Adolescence in the life cycle - Psychological changes and social context*. Washington: Hemisphere.
- BAUMRIND, D. (1989). Rearing competent children. In W. DAMOND, *Child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass.

- BAUMRIND, D. (1983). *Why adolescents take changes and why they don't*. Bethesda, MD: National Institute for Child Health and Human Development.
- BAURMIND, D. (n.º 11 de 1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of early adolescence* .
- BEATTIE, M. (2005). *Vencer a Co-Dependência: Como Deixar de Controlar os Outros e Começar a Cuidar de Si*. Lisboa: Sinais de Fogo Publicações.
- BECK, F. K. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* (Vol. 32). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- BEKIR, P., MCLELLAN, T., CHILDRESS, R., & GARITI, P. (n.º 28 de 1993). Role reversal in families of substance misusers: a transgenerational phenomenon. *The international journal of the addictions* .
- BERKOWITZ, A., & PERKINS, H. (n.º 35 de 1986). Problem drinking among college in collegiate alcohol use. *JACH* .
- BLATT, S. J., & BERMAN, W. H. (n.º 54 de 1990). Differentiation of personality types among opiate addicts. *J. Personal Assessment* .
- BLOS, P. (1962). *Adolescence*. Nova York: Free Press Glencoe.
- BOWEN, M. (1989). *La terapia familiar en la practica clinica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BOWEN, M. (1989). *La terapia familiar en la practica clinica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BRACONNIER, A., & MARCELLI, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- BRONFENBRENNER, U. (1987). *La ecologia del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- BROOK, J., & WHITEMAN, M. (n.º 19 de 1983). Stages of drug use in adolescence: personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology* .

- BROOK, J., BROOK, D. G., WHITERMAN, M., & COHEN, P. (vol. 116, n.º 2 de 1990). The psychosocial etiology of adolescence drug use: A family interactional approach. *Genetic, social and general Psychology Monographs* , pp. 113-267.
- BROOK, R., KAPLUN, J., & WHITEHEAD, P. (vol. 69 de 1974). Personality characteristics of adolescent amphetamine users as measured by the MMPI. *British Journal of Addiction* .
- BRY, B. (n.º 77 de 1988). Family-based approaches to reducing adolescent substance use, theories, techniques and findings. *NIDA Research Monograph Series* .
- CAGLAR, H. (1977). *La structure psychologique de l'adolescent toxicomane a travers le test de rorschach*. Montréal: Marathon.
- CAGLAR, H. (1977). *La structure psychologique de l'adolescent toxicomane a travers le test de rorschach*. Montréal: Marathon.
- CANCRINI, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- CHARRO, B. (1994). *El funcionamiento psíquico de los toxicómanos a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- CHARRO, B., & MARTÍNEZ, M. (1995). *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- CLAYTON, R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. In M. GLANTZ, & R. PICKENS (eds), *Vulnerability tu drug use*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- COIMBRA DE MATOS, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- COLEMAN, S. (Año 17, n.º 1 de 1978). Family therapy and drug abuse: a national survey. *Family Process* , pp. 21-29.
- COLEMAN, S., & STANTON, M. (vol. 4 de 1978). The role of death in the addict family. *Journal of Marriage and Family Counseling* .
- COLEMAN, S., KAPLAN, J., & DOWNING, R. (vol. 25 de 1986). Life cycle and loss – the spiritual vacuum of heroin addiction. *Family Process* .

- COLETTI, M. (1998). La terapia familiar con las familias de los tóxicodependientes. *V encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitário*. Cádiz.
- COLLI, A. S. (vol. 6, n.º 1 de 1984). O adolescente e a família. *Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo*.
- CONSTANTINI, M., WERMUTH, L., SORENSEN, J., & LYONS, J. (vol. 9 de 1992). Family functioning as a predictor of progress in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- CRAIG, H. (1997). *Desarrollo emocional*. México: Editorial Grijalbo.
- DALLOS, R. (1995). Constructing family life: family belief systems. In *Understanding the family*. London: Sage publications.
- DAVIS, R. (1988). *Psicología educativa*. Nova Iorque: Editorial McGraw-Hill.
- DAVIS, R. (1988). *Psicología educativa*. Nova Iorque: Editorial McGraw-Hill.
- DECONCHY, J. (1994). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Lisboa: Editorial Pórtico.
- *Dicionário de Língua Portuguesa* (5.ª ed.). (1976). Porto: Porto Editora.
- DISHION, T., PATTERSON, G., & REID, J. (n.º 77 de 1988). Parent and peer factors associated with drug sampling in early adolescence: implications for treatment. *NIDA Research Monograph Series*.
- DOT, O. (1988). *Agresividad y Violencia en el Niño y el Adolescente*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- DOT, O. (1988). *Agresividad y Violencia en el Niño y el Adolescente*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- ELIADE, M. (1999). *O sagrado e o profano*. Lisboa: Livros do Brasil.
- ESPINA, A. (1994). El impacto del enfermedad y la deficiência en el adulto. *II Jornadas sobre orientación y terapia familiar en famílias afectadas por enfermedades y deficiências*. Madrid.
- FALCÃO, C. (2005). Terapia Familiar: O ciclo de vida familiar. *Escola Superior de Enfermagem São João de Deus*. Évora.

- FARATE, C. (2000). *O acto do consumo e o gesto que consome*. Coimbra: Quarteto Editora.
- FLEMING, M. (1997). *Adolescência e Autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais* (2.<sup>a</sup> ed. ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- FLEMING, M. (1997). *Adolescência e Autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais* (2.<sup>a</sup> ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- FLEMING, M. (1995). *Família e Toxicodependência*. Porto: Afrontamento.
- FREITAS, L. (2002). *Adolescência, Família e Drogas – A função paterna e a questão de limites*. Rio de Janeiro: Mauad.
- FREUD, A. (1986). *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Editora.
- GEADA, M. (1992). Vulnerabilidade psicológica ao consumo ilícito de tóxicos na adolescência. *Tese de doutoramento em Psicologia (Psicologia Clínica), apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação*. Lisboa.
- GIBSON, D., SORENSEN, L., WERMUTH, L., & BERNAL, G. (n.º 27 de 1992). Families are helped by drug treatment. *The internacional journal of the additions* , pp. 961-978.
- GRICHTING, W. L., & BARBER, J. G. (vol. 24, n.º 10 de 1989). The impact of quality of family life on drug consumption. *The internacional journal of the addiction* .
- GUERRA, V. (n.º 11 de 1992). Violência doméstica contra crianças e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* , pp. 75-96.
- GUETTE, A. (n.º 15 de 1989). Le processus de mentalisation chez le toxicomane. *Bulletin Liaison CNDT* .
- GUIMARÃES, P. (2000). *A pessoa idosa e a sociedade – perspectiva ética*. Lisboa: Conselho Nacional de ética para as ciências da vida.

- HAWKINS, J., CATALANO, R., & MILLER, J. (vol. 112 de 1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* .
- HERRERA, P. (Año 13, n.º 6 de 1997). La Familia Funcional y Disfuncional, un indicador de salud. *Rev. Cubana Med Gen Integr* .
- HOFFMAN, L., PARI, S., & HALL, E. (1997). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.
- HUALDE, G. (1983). *Encuesta sobre la juventude en Navarra*. Pamplona.
- HUERTA, R. (1999). *Influencia de la Familia y/o los pares hacia el consumo de alcohol y la percepción de violencia en adolescentes de condición socio económica baja*. Lima, Perú: Universidade Nacional Mayor de San Marcos.
- HUERTA, R. (1999). *Influencia de la Familia y/o los pares hacia el consumo de alcohol y la percepción de violencia en adolescentes de condición socio económica baja*. Lima, Perú: Universidade Nacional Mayor de San Marcos.
- INGLÉS, C., HIDALGO, M., MENDEZ, F., & INDERBITZEN, H. (v. 26 de 2003). The Teenage Inventory of Social Skills: reliability and validity of the spanish translation. *Journal of Adolescence* , pp. 505-510.
- JOHNSON, V., & PANDINA, R. (vol. 17 de 1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency and coping styles. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* .
- JURICH, H., POLSON, C., JURICH, J., & BATES, R. (n.º 20 de 1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence* .
- KANDEL, D. (1981). Drug use by youth: an overview. In D. LETTIERI, J. LUDFORD, & (eds), *Drug abuse and the american adolescent*. NIDA Research Monographs Series, 38.
- KANDEL, D. (1985). On process of peer influences in adolescent drug use: a development perspective. In J. BROOK, *Alcohol and substance abuse in adolescence*. Navoa Iorque: The Harwoth Press.

- KANDEL, D. (n.º 52 de 1990). Parenting styles, drug use and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family* .
- KANDEL, D. (vol. 22 de 1987). Process of adolescent socialization by parents and peers. *The international journal of the addiction* .
- KANDEL, D. (1992). Progression to regular marijuana involvement, phenomenology and risk factors for near-daily use. In M. GLANTZ, R. PICKENS, & (eds.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- KANDEL, D., KESSLER, R., & MARGULIES, R. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. In D. KANDEL, *Longitudinal research on drug use. Empirical findings and methodological issues*. Washington, D. C.: Hemisphere-Wiley.
- KAUFMAN, E. (n.º 7 de 1980). Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. *Americam Journal of Drug and Alcohol Abuse* .
- KRISTAL, H., & RASKIN, H. (1970). *Drug dependence aspects of ego function*. Detroit: Wayne State University Press.
- LE BLANC, M., & JANOSZ, M. (2002). Regulação familiar da conduta delinquente em adolescentes. In A. FONSECA, & (ed.), *Comportamento anti-social e família: uma abordagem científica*. Coimbra: Almedina.
- LEKEUCHE, P. (1987). Destin, éthique et médiation. Etudes szondiennes. In *Tesis doctoral em Psicologia*. Lovaina-la-Neuve: Universidad Católica de Lovaina.
- LEKEUCHE, P. (n.º 4 de 1992). Vers une métapsychologie du toxicomane. *Anthropologiques* .
- LENNINGS, C. (vol. 27, n.º 3 de 1991). Drug dependence and personality disorder: its relationship to the treatment of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence* , pp. 209-212.
- LEÓN-CARRIÓN, J. (1985). Constelación de signos del Rorschach en los consumidores habituales de cannabis. In *Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. San Sebastián: Gobierno Vasco.

- LIPSEY, M., & DERZON, J. (1998). Predictors of violence or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In R. LOEBER, & D. FARRINGTON (Edits.), *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks: Sage.
- MAHLER, M. (1979). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MARCOS, A., & JOHNSON, R. (vol. 23 de 1988). Cultural patterns and causal processes in adolescent drug use: the case of greeks versus americans. *International Journal of the Addictions* .
- MARTÍNEZ, M. (1994). *El proceso de individuación en la familia de origen durante la adolescencia: una aplicación a personas con problema de toxicomanía*. Madrid: Universidad Pontifica Comillas.
- MEDINA, M. (2001). *Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medicion: las adiciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: El Manual Moderno.
- MEDINA, M. (2001). *Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medicion: las adiciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: El Manual Moderno.
- MINUCHIN, M. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- MONCADA, S. (1997). Factores de riesgo e protección en el consumo de drogas. In *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- MOOS, R., & MOOS, B. (1986). *Family Environment Scale Manual* (2.<sup>a</sup> ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc.
- MOREL, A., HERVÉ, F., & FONTAINE, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.
- MORIN, E. (1987). *As Grandes Questões do nosso Tempo*. Lisboa: Editorial Notícias.
- MUÑOZ-RIVAS, M., GRAÑA, J., & CRUZADO, J. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.



- NEEDLE, R., MCCUBBIN, H., WILSON, H., RIENECK, R., LAZAR, A., & MEDERER, H. (n.º 21 de 1986). Interpersonal influences in adolescent drug use: the role of older siblings, parents and peers. *Internacional Journal of the Addictions* .
- NEEDLE, R., SU, S., DOHERTY, W., LAVEE, Y., & BROWN, P. (Ano 23, n.º 12 de 1988). Familial, interpersonal and intrapersonal correlates of drug use: a longitudinal comparison of adolescents in treatment, drug-using adolescents not in treatment and non-drug-using adolescents. *The Internacional Journal of the Addictions* .
- NEGREIROS, J. (1998). *Prevenção do abuso de álcool e drogas nos jovens*. Porto: Radicário.
- OLIEVENSTEIN, C. (1983). *Destin du toxicomane*. Paris: Fayard.
- OLIEVENSTEIN, C. (1973). *Ecrits sur la toxicomanie*. Paris: Editions Universitaires.
- OLIEVENSTEIN, C. (1982). *La vie du toxicomane*. Paris: P. U. F.
- OLSON, D., MCCUBBIN, H., BARNES, H., LARSEN, A., MUXEN, A., & WILSON, M. (1983). *Families: What makes them work*. Beverly Hills, CA: Sage.
- OLSON, D., PORTNER, J., & LAVEE, Y. (1985). *FACES III*. Minnesota: University of Minnesota.
- OLSON, D., SPRENKLE, D., & RUSSELL, C. (n.º 18 de 1979). Circumplex model of marital and family systems: Cohension and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process* , pp. 3-26.
- OSÓRIO, L. (1977). *Abordagens Psicoterápicas do Adolescente*. Porto Alegre: Editora Movimento.
- OSÓRIO, L. (1977). *Abordagens Psicoterápicas do Adolescente*. Porto Alegre: Editora Movimento.
- OTERO, J., MIRÓN, L., & LUENGO, A. (vol. 24 de 1989). Influence of the family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions* .
- PAOLINI, E. (Ano 10, n.º 2 de 1988). Consideraciones de referencia para la investigación en toxicofilias. *Clínica y análisis grupal* .

- PEREIRA, R. (Ano 14, n.º 1 de 1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Psicopatologia* , pp. 5-17.
- PETERSON, P., HAWKINS, J., & CATALANO, R. (n.º 16 de 1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review* .
- PINDADO, G. (Ano 13, n.º 10 de 1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis* .
- PIRES, A. (Ano 8, n.º 4 de 1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica* .
- PIRES, A. (n.º 30 de 1999). Uma teoria dos processos de integração. *Sociologia, problemas e práticas* .
- POLLARD, J., CATALANO, R., HAWKINS, J., & ARTHUR, M. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency and other problem behaviors in adolescent population*. Tese não publicada.
- PONS, J., BERJANO, E., & GARCIA, F. (n.º 8 de 1996). • PONS, J.; BERJANO, E.; GARCIA, F.; Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones* .
- QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RAMOS, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: U. A.
- RÉCIO, J., SANTOS, C., SÁNCHEZ, M., ESCAMILLA, J., PLAZA, L., & BARAHONA, M. (1991). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Cruz Roja Española.
- RELVAS, A. (Ano 4, n.º 3 de 1998). Histórias de famílias, história familiar e toxicod dependência. Da compreensão à intervenção. *Toxicod dependências* .
- REMPLEIN, C. (1971). *Integración familiar*. México: Editorial Pirámide.
- ROCHER, G. (1999). *Sociologia geral: a acção social*. Lisboa: Editorial Presença.

- RODRIGO, M., & PALACIOS, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- RUIZ, P., LOZANO, E., & POLAINO, A. (n.º 9 de 1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales. *Anales de Psiquiatria*.
- SARACENO, C. (1992). *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Estampa.
- SCHWITZER, R., & LAWTON, P. (vol. 84 de 1989). Drug abusers' perceptions of their parents. *British Journal of Addiction*.
- SHANDS, M. E., & ZAHLIS, E. H. (1995). A família e a doença. In W. J. PHIPPS, & e. al, *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (2.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- SIMONS, R., & ROBERTSON, J. (vol. 34 de 1989). The impact of parenting factors, desviant peers, and coping style upon adolescent drug use. *Family Relations*.
- SKINNER, H., STEINHAEUER, P., & SANTA-BARBARA, J. (1995). *Family Assessment Measure versión III, technical manual*. Nova Iorque: Multi-Health Systems, Inc.
- SPRINTHAL, N., & COLLINS, W. (2003). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- STERNSSCUSS-ÁNGEL, S., ÁNGEL, P., & GEBEROWICZ, B. (n.º 12 de 1987). El toxicómano, su producto y su familia. *Revista Española de Drogodependencias*.
- SULLEROT, E. (1999). *A família – da crise à necessidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- TIMSIT, M., & LEDUC, A. (n.º 32 de 1981). Identification d'un profil Rorschach "limite" dans les protocoles de cinquante usagers de drogues dures incarcérés. *Bulletin de la société française du rorschach et des méthodes projectives*, pp. 33-58.
- TRONICK, E., & GIANINO, A. (1986). *The transmission of maternal disturbance to the infant: Biopsychology of early parent-infant communication*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- WEINER, I. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- WINNICOTT, D. (1995). *Conversas com os pais*. (J. LUNA, Trad.) Lisboa: Terramar.

- WINTERS, K., BOTZET, A. M., & ANDERSON, N. (vol. 1 de 2002). Youth drugs abuse and psychosocial risk and protective factors. *Prevention Perspectives* .
- ZAGURY, T. (2000). *O adolescente por ele mesmo* (11.<sup>a</sup> ed.). S. Paulo: Editora Record.

#### 10.1. REFERÊNCIAS DOS SITIOS DA INTERNET

- BAYLE; F.C.; (2002) O demente, a família e as suas necessidades, Disponível em [www.scielo.oces.mctes.pt/](http://www.scielo.oces.mctes.pt/);
- CONTRERAS, O.; disponível em <http://www.teletica.com/archivo/buendia/semanal/familia.htm>;
- <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh.html> (Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Adoptada e proclamada pela Assembleia Geral na sua Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948. Publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros).
- <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/alcoolismo/default.htm>
- [http://www.priberam.pt/dlpo/definir\\_resultados.aspx](http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx) (Dicionário de Língua Portuguesa On-Line)
- <http://www.teletica.com/archivo/buendia/semanal/familia.htm>
- <http://www.who.int/en/>

**ANEXOS**

## **ANEXO I**

“Quadros estatísticos acerca da caracterização sócio-demográfica das amostras”

## QUADROS ESTATÍSTICOS ACERCA DA CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS AMOSTRAS

### IDADE

Quadro 1: Idade – Grupo Experimental

N	Valid	40
	Missing	0
Mean		34,08
Median		34,00
Mode		28(a)

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Quadro 2: Idade – Grupo de Controlo

N	Valid	40
	Missing	0
Mean		35,08
Median		33,00
Mode		33

Quadro 3: Idade – Comparação de Amostras

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Idade	Equal variances assumed	,640	,426	-,612	78	,542	-1,000	1,634	-4,253	2,253
	Equal variances not assumed			-,612	75,905	,542	-1,000	1,634	-4,255	2,255

## ESTADO CIVIL

Quadro 4: Estado Civil – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	33	82,5	82,5	82,5
	União de Facto	2	5,0	5,0	87,5
	Divorciado	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 5: Estado Civil – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	19	47,5	47,5	47,5
	Casado	14	35,0	35,0	82,5
	União de Facto	2	5,0	5,0	87,5
	Divorciado	3	7,5	7,5	95,0
	Separado	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

## NÚMERO DE FILHOS

Quadro 6: Número de Filhos – Grupo Experimental

N	Valid	40
	Missing	0
Mean		,43
Median		,00
Mode		0



Quadro 35: Número de Filhos – Grupo de Controlo

N	Valid	40
	Missing	0
Mean		,65
Median		,00
Mode		0

Quadro 7: Número de Filhos – Comparação de Amostras

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Número de Filhos	Equal variances assumed	,848	,360	-1,298	78	,198	-,225	,173	-,570	,120
	Equal variances not assumed			-1,298	77,984	,198	-,225	,173	-,570	,120

## HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Quadro 8: Habilitações Literárias – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.º Ciclo	6	15,0	15,0	15,0
	2.º Ciclo	18	45,0	45,0	60,0
	3.º Ciclo	14	35,0	35,0	95,0
	Licenciatura Incompleta	1	2,5	2,5	97,5
	Secundário	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 9: Habilitações Literárias – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.º Ciclo	4	10,0	10,0	10,0
	2.º Ciclo	25	62,5	62,5	72,5
	3.º Ciclo	11	27,5	27,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

### IDADE DO ABANDONO ESCOLAR

Quadro 10: Idade do Abandono Escolar – Grupo Experimental

N	Valid	40
	Missing	0
Mean		15,65
Median		16,00
Mode		16

Quadro 11: Idade do Abandono Escolar – Grupo de Controlo

N	Valid	40
	Missing	0
Mean		16,68
Median		16,00
Mode		16

Quadro 12: Idade de Abandono Escolar – Comparação de amostras

			Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
			F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Idade do Abandono Escolar	Equal variances assumed		3,175	,079	-1,455	78	,150	-1,025	,704	-2,427	,377
	Equal variances not assumed				-1,455	73,492	,150	-1,025	,704	-2,429	,379

### LUGAR QUE OCUPA ENTRE OS IRMÃOS

Quadro 13: Lugar que ocupa entre os irmãos – Grupo Experimental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Filho Único	6	15,0	15,0	15,0
Irmão mais velho	12	30,0	30,0	45,0
Irmão Intermédio	9	22,5	22,5	67,5
Irmão mais novo	13	32,5	32,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Quadro 14: Lugar que ocupa entre os irmãos – Grupo de Controlo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Filho Único	1	2,5	2,5	2,5
Irmão mais velho	17	42,5	42,5	45,0
Irmão Intermédio	9	22,5	22,5	67,5
Irmão mais novo	13	32,5	32,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

## HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DO PAI

Quadro 15: Habilitações Literárias do Pai – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem estudos	3	7,5	7,5	7,5
	1.º Ciclo	29	72,5	72,5	80,0
	3.º Ciclo	3	7,5	7,5	87,5
	Curso Profissional	1	2,5	2,5	90,0
	Licenciatura	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 16: Habilitações Literárias do Pai – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem estudos	7	17,5	17,5	17,5
	1.º Ciclo	24	60,0	60,0	77,5
	2.º Ciclo	6	15,0	15,0	92,5
	3.º Ciclo	1	2,5	2,5	95,0
	Bacharelato	1	2,5	2,5	97,5
	Secundário	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

## HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DA MÃE

Quadro 17: Habilitações Literárias da Mãe – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem estudos	1	2,5	2,5	2,5
	1.º Ciclo	28	70,0	70,0	72,5
	3.º Ciclo	5	12,5	12,5	85,0
	Licenciatura	3	7,5	7,5	92,5
	Secundário	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 18: Habilitações Literárias da Mãe – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem estudos	9	22,5	22,5	22,5
	1.º Ciclo	24	60,0	60,0	82,5
	2.º Ciclo	5	12,5	12,5	95,0
	Secundário	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

## HISTÓRIA FAMILIAR DE ALCOOLISMO

Quadro 19: História Familiar de Alcoolismo – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem Consumo	19	47,5	47,5	47,5
	Pai	12	30,0	30,0	77,5
	Familiares directos Maternos	7	17,5	17,5	95,0
	Irmãos	1	2,5	2,5	97,5
	Familiares não directos	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 20: História Familiar de Alcoolismo – Grupo de Controlo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem Consumo	40	100,0	100,0	100,0

### HISTÓRIA FAMILIAR DE CONSUMO DE COCAÍNA

Quadro 21: História Familiar de Consumo de Cocaína – Grupo Experimental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem consumo	33	82,5	82,5	82,5
Irmãos	7	17,5	17,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Quadro 22: História Familiar de Consumo de Cocaína – Grupo de Controlo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem consumo	40	100,0	100,0	100,0

### HISTÓRIA FAMILIAR DE CONSUMO DE HAXIXE

Quadro 23: História Familiar de Consumo de Haxixe – Grupo Experimental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem consumo	20	50,0	50,0	50,0
Pai	1	2,5	2,5	52,5
Familiares directos Paternos	2	5,0	5,0	57,5
Irmãos	17	42,5	42,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Quadro 24: História Familiar de Consumo de Haxixe – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem consumo	40	100,0	100,0	100,0

### HISTÓRIA FAMILIAR DE CONSUMO DE HEROÍNA

Quadro 25: História Familiar de Consumo de Heroína – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem consumo	29	72,5	72,5	72,5
	Pai	1	2,5	2,5	75,0
	Familiares directos Paternos	1	2,5	2,5	77,5
	Irmãos	9	22,5	22,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 26: História Familiar de Consumo de Heroína – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem consumo	40	100,0	100,0	100,0

### HISTÓRIA FAMILIAR DE TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS/PSICOLÓGICOS

Quadro 27: História Familiar de Tratamentos Psiquiátricos/Psicológicos – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem registo	28	70,0	70,0	70,0
	Pai	2	5,0	5,0	75,0
	Mãe	2	5,0	5,0	80,0
	Irmãos	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 28: História Familiar de Tratamentos Psiquiátricos/Psicológicos – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem registo	40	100,0	100,0	100,0

### PORTADOR DE VIH

Quadro 29: Portador de VIH – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	25,0	25,0	25,0
	Não	30	75,0	75,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 30: Portador de VIH – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não Sabe	1	2,5	2,5	2,5
	Não	39	97,5	97,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

### PORTADOR DE HEPATITE B

Quadro 31: Portador de Hepatite B – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	5,0	5,0	5,0
	Não Sabe	2	5,0	5,0	10,0
	Não	36	90,0	90,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	



Quadro 32: Portador de Hepatite B – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	5,0	5,0	5,0
	Não	38	95,0	95,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

### PORTADOR DE HEPATITE C

Quadro 33: Portador de Hepatite C – Grupo Experimental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	25	62,5	62,5	62,5
	Não	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Quadro 34: Portador de Hepatite C – Grupo de Controlo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	40	100,0	100,0	100,0

## IDADE DE INÍCIO DE CONSUMO – GRUPO EXPERIMENTAL

Quadro 36: Idade de início de consumo no grupo experimental

	Idade de início de consumo de Heroína	Idade de início de consumo de Cocaína	Idade de início de consumo de Haxixe	Idade de início de consumo de Álcool	Idade de início de consumo de Ecstasy
N Valid	40	39	37	40	14
Missing	0	1	3	0	26
Mean	16,65	19,21	13,57	11,75	18,29
Median	16,50	17,00	14,00	12,00	17,00
Mode	14(a)	17	14	12	15(a)
Std. Deviation	3,215	5,247	1,951	3,712	3,583

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

## **ANEXO II**

“Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de pesquisa na Comunidade Terapêutica Ares do Pinhal”

Ex.mos Sr.s,

Eu, Jorge Miguel Nunes Cravidão, licenciado em Enfermagem e mestrando do I curso de mestrado em comportamentos de dependência e seus tratamentos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, venho através desta carta solicitar a autorização de V. Exas. para proceder à aplicação de algumas escalas de dinâmica familiar aos doentes toxicodependentes em recuperação na Comunidade Terapêutica “Ares do Pinhal”, no âmbito da dissertação original de mestrado que me encontro a desenvolver: “Dinâmica na Família do Doente Toxicodependente - Características, convergências e divergências em relação à dinâmica familiar de indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilícitas”.

Para esta investigação será utilizado um método de abordagem hipotético-dedutivo e um método de procedimento estatístico. Será também utilizado o método comparativo, uma vez que se pretende comparar os dados obtidos entre o grupo de doentes toxicodependentes (grupo experimental) e o grupo de controlo.

Pretende-se que o grupo experimental seja constituído por 30 indivíduos não analfabetos, sexo masculino, idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos e que se encontrem em recuperação em Comunidade Terapêutica. O grupo de controlo será seleccionado entre os formandos dos programas de Educação e Formação de Adultos (EFA) do Instituto de Emprego e Formação Profissional, não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais, sexo masculino e com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos. A técnica de amostragem a utilizar será a técnica de amostragem probabilística aleatória simples que consistirá na selecção dos indivíduos que no seu apelido, as últimas letras sejam mais iniciais no alfabeto.

O objectivo deste trabalho será investigar os factores familiares relevantes no consumo de drogas e conhecer as diferenças no ambiente familiar entre um grupo de consumidores e outro de não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.

Temos, assim, o seguinte problema de investigação **“Será que existem diferenças significativas nos padrões de dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e dos indivíduos não toxicodependentes?”**, que se irá traduzir em duas questões de investigação:

1. Tendo como base a revisão de literatura efectuada, os diferentes autores referem que o doente toxicodependente apresenta falhas ao nível da dinâmica familiar, ou seja, a sua família não lhe proporcionou condições ambientais favoráveis para que se conseguisse desenvolver de forma saudável. Não sendo nosso objectivo estabelecer nenhum tipo de causalidade entre o tipo de dinâmica familiar no qual o indivíduo viveu e o processo de doença que está a vivenciar, pretendemos caracterizar a dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes;

2. Pretendemos, também, verificar que diferenças existirão entre a dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e os indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.

Para cumprimento dos objectivos definidos neste projecto, utilizarei como técnica de pesquisa principal a recolha de dados demográficos através de um questionário demográfico e duas escalas de avaliação da dinâmica familiar, a forma R da “Family Environment Scale” (FES) e a sub-escala geral da “Family Assessment Measure version III” (FAM III). O preenchimento destas escalas será de cariz anónimo e confidencial.

A “Family Assessment Measure version III” é um instrumento de avaliação quantitativa da dinâmica do grupo familiar. É composto por três questionários de autopreenchimento divididos em três escalas: escala geral, escala de auto-avaliação e escala relacional, que fornecem índices quantitativos das áreas de ajustamento, forças e a fragilidade da família. Cada escala inclui as seguintes áreas de avaliação: realização de tarefas, desempenho de papéis, comunicação, expressão afectiva, envolvimento geral, controlo, valores e normas.

A “Family Environment Scale” é uma escala que avalia as características sócio-ambientais da família. Avalia e descreve as relações interpessoais entre os membros da família, os aspectos de desenvolvimento e a sua estrutura básica. É constituída por três escalas (formas R, I e E) de auto-preenchimento que avaliam, cada uma delas, a coesão/expressividade, conflito, orientação intelectual/cultural e recreativa, orientação para o sucesso, ênfase religiosa e organização e controlo.

Agradeço desde já toda a disponibilidade.

Ficando ao dispor de V. Exas. para esclarecer qualquer informação adicional ou para facultar o projecto de dissertação, caso necessitem de analisar o planeamento do trabalho de investigação de forma mais detalhada, subscrevo-me apresentando os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

*Jorge Miguel Nunes Cravidão*

### **ANEXO III**

“Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de pesquisa no Instituto de Emprego e Formação Profissional – pólo de formação de Sintra”

Ex.mo Sr. Director do Centro de Formação do Instituto de Emprego e Formação Profissional de Sintra,

Eu, Jorge Miguel Nunes Cravidão, licenciado em Enfermagem e mestrando do I curso de mestrado em comportamentos de dependência e seus tratamentos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, venho através desta carta solicitar a autorização de V. Exa. para proceder à aplicação de algumas escalas de dinâmica familiar a formandos dos programas de Educação e Formação de Adultos – EFA do Instituto de Emprego e Formação Profissional – IEFP – (grupo de controlo), no âmbito da dissertação original de mestrado que me encontro a desenvolver: “Dinâmica na Família do Doente Toxicodependente – Características, convergências e divergências em relação à dinâmica familiar de indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilícitas”.

Para esta investigação será utilizado um método de abordagem hipotético-dedutivo e um método de procedimento estatístico. Será também utilizado o método comparativo, uma vez que se pretende comparar os dados obtidos entre o grupo de doentes toxicodependentes (grupo experimental) e o grupo de controlo.

Pretende-se que o grupo de controlo seja constituído por 40 indivíduos, sexo masculino, idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos e que se encontrem em formação nos programas EFA do IEFP. O grupo experimental será seleccionado entre os doentes toxicodependentes em recuperação na comunidade terapêutica “Ares do Pinhal”, não analfabetos, sexo masculino e com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos. A técnica de amostragem a utilizar será a técnica de amostragem probabilística aleatória simples que consistirá na selecção dos indivíduos que no seu apelido, as últimas letras sejam mais iniciais no alfabeto.

O objectivo deste trabalho será investigar os factores familiares relevantes no consumo de drogas e conhecer as diferenças no ambiente familiar entre um grupo de consumidores e outro de não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.

Temos, assim, o seguinte problema de investigação **“Será que existem diferenças significativas nos padrões de dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e dos indivíduos não toxicodependentes?”**, que se irá traduzir em duas questões de investigação:

1. Tendo como base a revisão de literatura efectuada, os diferentes autores referem que o doente toxicodependente apresenta falhas ao nível da dinâmica familiar, ou seja, a sua família não lhe proporcionou condições ambientais favoráveis para que se conseguisse desenvolver de forma saudável. Não sendo nosso objectivo estabelecer nenhum tipo de causalidade entre o tipo de

dinâmica familiar no qual o indivíduo viveu e o processo de doença que está a vivenciar, pretendemos caracterizar a dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes;

2. Pretendemos, também, verificar que diferenças existirão entre a dinâmica familiar dos doentes toxicodependentes e os indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.

Para cumprimento dos objectivos definidos neste projecto, utilizarei como técnica de pesquisa principal a recolha de dados demográficos através de um questionário demográfico e duas escalas de avaliação da dinâmica familiar, a forma R da “Family Environment Scale” (FES) e a sub-escala geral da “Family Assessment Measure version III” (FAM III). O preenchimento destas escalas será de cariz anónimo e confidencial.

A “Family Assessment Measure version III” é um instrumento de avaliação quantitativa da dinâmica do grupo familiar. É composto por três questionários de autopreenchimento divididos em três escalas: escala geral, escala de auto-avaliação e escala relacional, que fornecem índices quantitativos das áreas de ajustamento, forças e a fragilidade da família. Cada escala inclui as seguintes áreas de avaliação: realização de tarefas, desempenho de papéis, comunicação, expressão afectiva, envolvimento geral, controlo, valores e normas.

A “Family Environment Scale” é uma escala que avalia as características sócio-ambientais da família. Avalia e descreve as relações interpessoais entre os membros da família, os aspectos de desenvolvimento e a sua estrutura básica. É constituída por três escalas (formas R, I e E) de auto-preenchimento que avaliam, cada uma delas, a coesão/expressividade, conflito, orientação intelectual/cultural e recreativa, orientação para o sucesso, ênfase religiosa e organização e controlo.

Peço deferimento,

*Jorge Miguel Nunes Cravidão*



#### **ANEXO IV**

“Termo de autorização para participação no estudo”

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Jorge Miguel Nunes Cravidão, licenciado em Enfermagem e mestrando do I curso de mestrado em comportamentos de dependência e seus tratamentos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, convido V. Exa. para participar como elemento da amostra \_\_\_\_\_, na dissertação original de mestrado “Dinâmica na Família do Doente Toxicodependente – Características, convergências e divergências em relação à dinâmica familiar de indivíduos não consumidores de substâncias psicoactivas ilícitas”, que me encontro a desenvolver no âmbito do curso supramencionado.

Para esta investigação será utilizado um método de abordagem hipotético-dedutivo e um método de procedimento estatístico. Será também utilizado o método comparativo, uma vez que se pretende comparar os dados obtidos entre o grupo de doentes toxicodependentes (grupo experimental) e o grupo de controlo. A técnica de amostragem a utilizada foi a técnica de amostragem probabilística aleatória simples que consistirá na selecção dos indivíduos que no seu apelido, as últimas letras sejam mais iniciais no alfabeto.

O objectivo deste trabalho será investigar os factores familiares relevantes no consumo de drogas e conhecer as diferenças no ambiente familiar entre um grupo de consumidores e outro de não consumidores de substâncias psicoactivas ilegais.

Para cumprimento dos objectivos definidos, será utilizado como técnica de pesquisa principal a recolha de dados demográficos através de um questionário demográfico e duas escalas de avaliação da dinâmica familiar, a forma R da “Family Environment Scale” (FES) e a sub-escala geral da “Family Assessment Measure version III” (FAM III). O preenchimento destas escalas será de cariz anónimo e confidencial.

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro que fui devidamente esclarecido acerca dos pormenores da investigação acima referida e aceito participar no estudo como elemento da amostra \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANEXO V**

“Questionário de caracterização sócio-demográfico”

### Questionário Sócio-Demográfico

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Solteiro ☐

Casado ☐

União de Facto ☐

Divorciado ☐

Separado ☐

Viúvo/a ☐

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias:

1. Sem estudos	5. Curso Profissional
2. 1º Ciclo	6. Bacharelato
3. 2º Ciclo	7. Licenciatura Incompleta
4. 3º Ciclo	8. Licenciatura

Número de irmãos: Homens \_\_\_\_\_ Mulheres \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa entre eles: \_\_\_\_\_

Situação Familiar:

	Pai	Mãe	Outros Familiares
Habilitações Literárias			
Alcoolismo			

Consumo de Cocaína			
Consumo de Haxixe			
Consumo de Heroína			
Tratamento Psiquiátrico/Psicológico			
Internamento			

Saúde:

	Sim	Não sabe	Não	Tratamento
VIH				
Hepatite B				
Hepatite C				

Consumo de Substâncias:

	Idade Início	Consumo Regular	Último Consumo	Consumo diário
Heroína				
Haxixe				
Cocaína				
Alcool				
Ecstasy				
Outras				

## **ANEXO VI**

“Family Environment Scale – forma R” de MOOS, R. H. & MOOS, B. S.

## FES

“Family Environment Scale”, de Rudolf H. Moos and Bernice S. Moos

*Orientação:* Nestas páginas encontrará 90 afirmações sobre a sua família como um todo. Leia cada uma delas cuidadosamente e assinale com um X as afirmações que considera que se aplicam à sua família.

1. Os membros da minha família ajudam-se verdadeiramente entre si
2. Os membros da família não expressam frequentemente os seus sentimentos
3. Na minha família brigamos muito
4. Na minha família é frequente as pessoas ajudarem-se umas às outras
5. Para nós é importante que cada um se mostre o melhor, independentemente do que se faça
6. Falamos frequentemente sobre problemas políticos e sociais
7. Passamos a maioria dos fins-de-semana e das noites em casa
8. Os membros da minha família vão frequentemente à igreja
9. As actividades da minha família são cuidadosamente planeadas
10. Os membros da minha família raramente se comportam como dominadores
11. Frequentemente sinto que na minha família existe um clima de “cortar à faca”
12. Na minha família podemos dizer tudo o que nos apetece
13. Os membros da minha família raramente se mostram irritados
14. Na minha família somos fortemente incentivados a ser independentes
15. Na minha família é muito importante seguir em frente na vida






34. Na minha família saímos e entramos em casa sempre que nos apetece
35. Nós acreditamos na competição, e “que vença o melhor”
36. Não estamos interessados em actividades culturais
37. Vamos muitas vezes ao cinema, eventos desportivos, acampar, etc.
38. Não acreditamos no céu ou no inferno
39. Para a minha família é muito importante “Fazer as coisas no tempo certo”
40. Na minha casa existem regras definidas para realizar as coisas
41. Raramente nos oferecemos como voluntários quando alguma coisa tem de ser feita em casa
42. Em situações de grande tensão, se sentimos que estamos a fazer alguma coisa “a quente”, frequentemente levantamo-nos e vamos embora
43. Os membros da minha família criticam-se frequentemente entre eles
44. Na minha família existe pouca privacidade
45. Tentamos melhorar sempre aquilo que fazemos
46. Raramente temos discussões intelectuais
47. Toda as pessoas da minha família têm um ou dois passatempos
48. Os membros da minha família têm ideias rígidas acerca do que está certo ou errado.
49. Na minha família as pessoas alteram frequentemente a sua opinião
50. A minha família atribui muita importância ao cumprimento de regras
51. Os membros da minha família apoiam-se verdadeiramente entre si
52. É frequente a minha família preocupar-se sempre que alguém se queixa
53. Às vezes os membros da minha família agriem-se


54. Os membros da minha família quase sempre contam uns com os outros quando surge um problema
55. Os membros da minha família raramente se preocupam com promoções no trabalho e as notas na escola, etc.
56. Na minha família existe alguém que toca um instrumento musical
57. Os membros da minha família não estão muito envolvidos em actividades recreativas fora do trabalho ou da escola
58. Acreditamos que existem algumas coisas em relação às quais é necessário ter fé
59. Os membros da minha família dão especial atenção à limpeza dos seus aposentos
60. Nas decisões familiares todos temos uma palavra a dizer
61. Na minha família existe um baixo sentimento de grupo
62. Na minha família fala-se abertamente acerca de dinheiro e das contas a pagar
63. Se existir um desentendimento na minha família, nós vamos fazer tudo para encobrir o sucedido e manter a paz
64. Os membros da minha família encorajam-se mutuamente para manterem os seus direitos
65. Na minha família não trabalhamos muito para alcançar o sucesso
66. Os membros da minha família vão frequentemente à biblioteca
67. Os membros da minha família algumas vezes frequentam cursos ou têm aulas de alguma coisa que lhes interesse (fora da escola)
68. Na minha família cada pessoa tem uma ideia diferente acerca do que é correcto e errado
69. Na minha família as responsabilidades de cada pessoa estão muito bem definidas
70. Na minha família podemos fazer qualquer coisa que nos apeteça
71. Nós realmente sentimo-nos bem uns com os outros


72. Frequentemente temos cuidado com o que dizemos uns aos outros
73. Os membros da minha família tentam frequentemente passar por cima ou superar-se entre si
74. É difícil sermos nós próprios sem ferir os sentimentos de alguém da nossa casa
75. “Trabalho antes da diversão” é regra na minha família
76. Na minha família ver televisão é mais importante do que ler
77. Os membros da minha família costumam sair com muita frequência
78. Na minha família a bíblia é um livro muito importante
79. Na minha família o dinheiro não é utilizado com muito cuidado
80. Na minha casa as regras são inflexíveis
81. Na minha família existe abundância de tempo e atenção para todos nós
82. Na minha família há muitas discussões repentinas
83. Na minha família há a crença de que as coisas não se conseguem só por levantarmos a voz
84. Na minha família não somos realmente encorajados a falar alto com as outras pessoas
85. Na minha família é frequente compararmo-nos com os outros para mostrar aquilo que fazemos melhor que eles
86. Os membros da minha família gostam verdadeiramente de música e literatura
87. A nossa principal fonte de diversão é ver televisão ou ouvir rádio
88. Na minha família acredita-se que os actos pecaminosos são punidos
89. Após as refeições a loiça é imediatamente lavada
90. Na minha família uma pessoa não consegue ir muito longe


## **ANEXO VII**

“Family Assessment Measure - Version III – sub-escala geral”, de SKINNER, H.A.; STEINHAUER, P.D. & SANTA-BARBARA, J.”

### FAM-III

"Family Assessment Measure Version III", de Skinner, H.A.; Steinhauer, P.D. & Santa-Barbara, Jack

#### ESCALA GERAL

*Orientação:* Nestas páginas encontrará 50 afirmações sobre a sua família como um todo. Leia cada uma delas cuidadosamente e decida o quanto cada afirmação se aplica à sua família. Responda marcando **somente** uma das respostas ("concordo muito", "concordo", "discordo", "discordo muito"). Marque uma resposta para cada afirmação, mesmo que não tenha certeza de sua resposta.

1. Nós passamos muito tempo a discutir acerca da origem dos nossos problemas.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
2. Os deveres familiares são divididos de forma justa.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
3. Quando eu pergunto a um familiar o que quer dizer, recebo uma resposta clara.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
4. Quando alguém da nossa família não está bem, não sabemos se ele(a) está irritado(a), triste ou assustado(a).	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
5. Nós somos tão ajustados como qualquer família poderia ser.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
6. Na nossa família, cada um de nós não pode ter a sua própria individualidade.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
7. Quando pergunto porque temos certas regras, não recebo uma boa resposta.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
8. Nós temos as mesmas opiniões sobre o que é certo e o que é errado.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
9. Eu não vejo como uma família se poderia dar melhor do que a nossa.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
10. Há dias em que nos aborrecemos com maior facilidade.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
11. Quando temos problemas, tentamos	concordo	concordo ( )	discordo	discordo

formas diferentes de resolvê-los.	concordo muito ( )	( )	discordo muito ( )
12. A minha família espera que eu faça mais que a minha obrigação.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
13. Na nossa família, discutimos sobre quem disse o quê.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
14. Nós dizemos uns aos outros o que nos incomoda.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
15. A minha família poderia ser mais feliz do que é.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
16. Na minha família sentimo-nos amados.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
17. Na minha família quando se faz alguma coisa errada não se sabe o que esperar.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
18. Na minha família é difícil dizer quais são as regras.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
19. Eu acho que nenhuma família poderia ser mais feliz que a minha.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
20. Às vezes somos injustos uns com os outros.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
21. Nós nunca deixamos as coisas acumularem-se tanto ao ponto de não podermos lidar com elas.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
22. Na minha família concordamos sobre quem deve fazer o quê.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
23. Na minha família eu nunca sei o que está a acontecer.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
24. Eu posso dizer à minha família o que me está a incomodar.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
25. Na minha família nós nunca ficamos irritados.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )

26. A minha família tenta dirigir a minha vida.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
27. Se fazemos alguma coisa errada não temos oportunidade de explicar.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
28. Nós discutimos acerca da liberdade que deveríamos ter para tomar as nossas próprias decisões.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
29. Eu e minha família entendemo-nos completamente.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
30. Na minha família às vezes magoamo-nos uns aos outros.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
31. Quando as coisas não estão bem, demoramos muito tempo para as resolver.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
32. Não podemos contar com que as pessoas da família façam a sua parte.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
33. Nós temos tempo para nos ouvir uns aos outros.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
34. Quando alguém não está bem descobrimos depois de muito tempo.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
35. Às vezes evitamo-nos uns aos outros.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
36. Nós sentimo-nos próximos uns dos outros.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
37. Na minha família as punições são justas.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
38. Na minha família as regras não fazem sentido.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
39. Algumas coisas sobre a minha família não me agradam muito.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( )	discordo muito ( )
40. Nós nunca ficamos chateados uns com	concordo	concordo ( )	discordo	discordo

os outros.	muito ( )	( )	muito ( )
41. Nós sabemos lidar com os nossos problemas mesmo quando eles são sérios.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
42. Há uma pessoa na minha família que tenta ser o centro das atenções.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
43. A minha família ouve o que eu tenho a dizer mesmo quando discordam de mim.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
44. Quando a minha família não está bem, demoramos para superar essa situação.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
45. Nós admitimos sempre os nossos erros sem tentar esconder nada.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
46. Nós não confiamos realmente uns nos outros.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
47. Quase nunca fazemos o que é esperado de nós sem sermos mandados.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
48. Na minha família somos livres para dizer o que pensamos.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
49. A minha família não é perfeita.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )
50. Até hoje nunca desapontámos ninguém na nossa família.	concordo muito ( )	concordo ( )	discordo ( ) discordo muito ( )